ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

ET

LUNIER

Inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France.

—

CINQUIÈME SÉRIE. — TOME QUINZIÈME

TRENTE-QUATRIÈME ANNÉE



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1876

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

LES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS

Par M. le Dr TAGUET
Médecin-adjoint de l'asile de Ville-Évrard

Il est dans le monde une classe d'individus que l'on rencontre principalement dans les couloirs de nos grandes administrations, à la préfecture de police, aux abords des ministères et des tribunaux, nous avons nommé les aliénés persécuteurs.

Ils vivent en liberté jusqu'au jour où leurs excentricités et leurs bizarreries font songer qu'on a affaire à des malades. Ne doutant de rien, ils acceptent et embrassent tout d'un cœur léger, sans se demander si leur intelligence ne succombera pas à la peine; à son défaut ils comptent sur leurs avantages physiques, leurs belles manières, leur instruction, leur éducation. Leurs raisonnements n'ont rien d'absurde et s'appuient, le plus souvent, sur un principe vrai, mais ils exagèrent et dénaturent tout au profit de leurs désirs. Lorsqu'ils ont embrassé une idée, ils la poursuivent dans toutes ses conséquences, rien ne les retient, rien ne les arrête; ils ont une telle confiance dans leur propre valeur, qu'ils considè-

rent comme des ennemis ceux qui essayent de les arrêter dans leur course furibonde. Cette présomption de soi-même, qui les laisse gros Jean après comme devant, finit par dégénérer en un vrai délire, c'est alors que commence le rôle de persécuteur.

OBSERVATION I.

M. A... se dit professeur de littérature à l'Université d'Oxford, aux appointements de 75,000 fr. par an, nommé au concours sur 300 candidats. Nous nous sommes demandé quelle littérature il pouvait bien enseigner. Il connaît à peine les premières notions du latin, ne parle et ne comprend aucune langue étrangère, pas même l'anglais. Cette ignorance ne lui a nui en rien, une mesure officielle due à son intervention ayant fait aux professeurs l'obligation de parler français à leurs élèves.

Il n'a pas tardé à acquérir, dit-il, une fortune considérable, qui l'a mis en relation avec l'aristocratie anglaise et lui a permis de devenir l'amant de la princesse de R... Il jouissait d'un bonheur sans mélange, lorsqu'un jour l'hôtel de sa maîtresse lui est fermé ainsi que son cœur. M. D..., ministre de la justice et des cultes, en France, était en son lieu et place. M. A... rédige un mémoire fort volumineux où il accuse la princesse de R... de lui avoir volé les valeurs qu'il avait en portefeuille et qui lui avaient été confiées; son nouvel amant se trouve compris dans le même acte d'accusation. Lord Palmerston, sir Georges Grey, Richard Cobden et une foule de membres de la Chambre des communes, en reçoivent un exemplaire. L'un d'eux lui promet de porter sa plainte devant le Parlement.

M. A... quitte tout à coup l'Angleterre et arrive à Paris où il est reçu par l'abbé Mullois, chapelain de l'Empereur, qui lui promet d'en parler au souverain après avoir pris connaissance de son dossier. Celui-ci destitue son ministre

et fait remercier notre malade, en lui assurant que justice sera faite. La guerre survient sur ces entrefaites.

Après la Commune, A... revient à la charge. L'abbé Duquesnay, depuis évêque de Limoges, prend sa cause en main et l'invite à se reposer à l'hôpital de Larochefoucault en attendant le résultat de ses démarches. Le lendemain une voiture menait notre persécuteur au dépôt de la préfecture de police.

Son séjour à l'asile de Ste-Anne fut de courte durée; libre, sa première visite fut pour Mgr Duquesnay qui s'est fait en lui un ennemi implacable. A quelques jours de là, A... reçoit la visite d'une personne qu'il n'avait jamais vue ni connue, qui vint lui offrir l'hospitalité la plus généreuse. Il découvre bientôt que son amphitryon est un gredin de la pire espèce, tantôt communard, tantôt agent du parti bonapartiste, en relation avec Genève et Chislehurst. A... se croit sur la trace d'une conspiration contre la République et se rend aussitôt à Versailles. A cette époque, on se le rappelle, on voyait des conjurés partout, il n'a donc pas de peine à se faire écouter. Il eut plusieurs conférences avec M. Peyrat, membre de l'Assemblée nationale, qui lui ménagea une entrevue avec M. Lefranc, ministre de l'intérieur. Celui-ci charmé de ses révélations, lui demanda un exposé détaillé de tous les faits qu'il venait de porter verbalement à sa connaissance, dût-il passer une nuit à le lire; en récompense il lui donna l'espoir de s'occuper de ses affaires personnelles

M. A... revient le même jour à Paris et se rend chez M. Jobbé-Duval, membre du conseil général de la Seine, pour le prier de gagner ses collègues à sa cause. Celui-ci va à la préfecture de police, nous ne savons dans quel but. A-t-il pris au sérieux les révélations qui lui étaient faites, ou n'a-t-il vu dans A... qu'un aliéné? C'est ce que nous ne saurions dire. Quoi qu'il en soit, il était séquestré le lendemain.

A Ste-Anne il poursuit de ses réclamations incessantes le

directeur de cet établissement et M. le Dr Bouchereau ; il n'est pas d'injures dont il ne les accable dans ses écrits.

Ici, il ne cesse de porter plainte au parquet tant pour lui que pour les autres : un jour il dénonce la moitié du personnel inférieur comme maltraitant les malades ; l'enquête la plus sévère fut ordonnée, elle ne put amener la révélation d'aucun fait grave.

A... étant devenu violent et dangereux, comme tous les malades de sa catégorie, on a été obligé de le faire admettre à la sûreté de Bicêtre.

OBSERVATION II.

M. X... entre comme précepteur dans une des grandes maisons de France, grâce à de puissantes et hautes recommandations. L'accueil bienveillant dont il fut l'objet de la part de la princesse de..., lui fit espérer qu'il pouvait gagner son cœur. Le roman d'un jeune homme pauvre passa tout entier devant ses yeux, il n'en fallait pas davantage. Un jour que la princesse était occupée à écrire penchée sur son bureau, X... s'oublia jusqu'à déposer un baiser sur son cou. L'offense était grande, mais ne pouvait monter jusqu'à elle ; le mari qui en fut informé, ne s'en inquiéta pas davantage.

M. de... meurt, le cœur de la princesse est libre. Qui sait ! On a vu, dit-on, des rois épouser des bergères. X... ne voit pas pourquoi un roturier sans fortune n'épouserait pas une grande dame. A partir de ce moment il écrit des lettres étranges, insensées à la princesse, protestant de la pureté de ses sentiments et revenant constamment sur cette vieille histoire du baiser. Cette correspondance ferait des volumes, si nous en jugeons par le malade lui-même qui écrit à M. l'avocat général pour se plaindre qu'une lettre de 18 pages est restée cachetée entre les mains du père L...

M. X... consent à s'éloigner de Paris, où il revient

presque aussitôt. La princesse lui ayant fait consigner sa porte, il s'installe dans une maison qui lui permet d'épier ses moindres mouvements; le jour il la suit dans les églises, dans les magasins, dans les rues. Un soir, posté sous la porte cochère il est assez heureux, grâce à l'obscurité, pour ouvrir les portières de sa voiture et s'y jeter ; il couvre de baisers brûlants les mains de la princesse; la lumière se fait; X... reconnaît la femme de chambre dans l'objet de sa flamme. La nuit il jette du sable, des petits cailloux contre les fenêtres de son appartement.

Sur les plaintes de M. le duc de..., beau-frère de la princesse, X... est séquestré d'office et soumis à l'examen de M. le Dr Lasègue.

« Mes constatations, dit l'éminent professeur, furent longues. Dans toute science il y a une partie plus vive en quelque façon, qui touche, qui attire plus complétement celui qui s'occupe de cette science. Tout géomètre, tout médecin ne s'occupe pas également de toutes les parties de la géométrie ou de la médecine, il faut un choix.

« J'étais en ce moment dans cette disposition d'élection spéciale, à l'égard d'une catégorie jusqu'ici mal décrite des maladies mentales, j'étais en face du délire persécuteur, si fréquent cependant. Je l'avais beaucoup étudié, j'attendais une occasion nouvelle de l'étudier encore, et ce fut à la fois avec un sincère appétit de la science et dans le but également d'accomplir un devoir que j'abordai l'examen de l'état mental de X... Je voulais me faire une conviction rationnelle, je vis, je revis X... je demandai un délai pour me prononcer. »

A l'asile de Ville-Evrard, X... se pose en victime, en amant malheureux, il aime et il est aimé; la preuve c'est que la princesse ne l'a pas congédié après la mort de son mari. Il y a plus, comment expliquer cet attrait irrésistible qu'ils éprouvaient l'un pour l'autre, ses mouvements de projection du bassin en avant, ses spasmes nerveux que

Mme de... éprouvait en sa présence, ce langage poétique et mystérieux, dont la pression du pied faisait tous les frais ; de quel nom appeler le fluide qui courait dans leurs doigts lorsqu'ils venaient à se rencontrer? D'un autre côté, comment comprendre, après tous ces signes d'affection, que la princesse se refuse à le recevoir et vienne solliciter l'appui de son beau-frère contre les poursuites de X...? Mystère!

Rendu à la liberté, son premier soin fut de poursuivre MM. le duc de.., les docteurs Lasègue et Girard de Cailleux pour séquestration illégale, réclamant 100,000 fr. de dommages et intérêts. La raison qu'il donne pour prouver la sanité de son esprit est admirable : « A Ville-Evrard, dit-il, on ne m'a jamais fait subir aucun traitement. » Il perd son procès.

La guerre de 1870-1871 terminée, X... qui a eu l'honneur de servir comme capitaine des mobilisés, ce qui établit pour lui un certificat de non-aliénation mentale, fait appel du jugement qui l'a condamné et demande à plaider lui-même sa propre cause. Dans une longue lettre à M. l'avocat général Aubépin, il se plaint de tout le monde et un peu de tout, de l'avocat de la partie adverse qui l'a traité « du dernier des hommes », de MM. le duc de..., Lasègue et Girard de Cailleux, de la loi du 30 juin 1838 : « Ma séquestration, écrit-il, est un fait monstreux, que rien ne peut justifier. Toutes les règles du droit ont été violées. Si j'adresse un reproche aux médecins, ils répondent : « C'est » la justice qui a fait le coup Si je m'adresse à l'administra- » tion, on dit : Ce sont les médecins qui sont seuls coupables, » mais ils étaient de bonne foi. » Il faudrait pourtant bien s'entendre : Une enquête, on le voit, est nécessaire...; en dehors de mon affaire personnelle, elle aura pour résultat de prouver que sous la garantie de la loi de 1838, il se commet des actes arbitraires et inouïs plus fréquents qu'on ne le pense. Aucune séquestration arbitraire n'a eu lieu,

dit-on, depuis que la loi existe, la preuve, c'est qu'il y a eu déjà bien des procès et que l'administration et les médecins ont toujours gagné. A cela je réponds : « Parce que » l'on met celui qui a subi l'épreuve la plus cruelle à la- » quelle on puisse soumettre un homme dans l'impossibilité » de se justifier. »

Le 29 janvier 1872, M. X... perdait en appel ; il n'est pas à croire qu'il pousse le délire jusqu'à se pourvoir en cassation. Qui sait cependant ? M. le duc de..., le principal accusé, protégé par deux arrêts des tribunaux, n'a plus à craindre ses importunités et ses persécutions ; il n'en est pas de même des médecins aliénistes ; M. X... *s'est constitué le chevalier errant, le protecteur* des aliénés ; on le trouve partout où il est question de malades et de maladies. Des cours publics s'établissent à Ste-Anne, il y court, il glose si fort que l'administration supérieure entend ses cris, et les cours sont suspendus, il s'en attribue toute la gloire. Chaque année le Conseil général de la Seine discute le budget des aliénés et les questions incidentes qui s'y rattachent ; il n'a garde de manquer une séance.

Observation III.

M. C... professeur, a débuté dans la vie par faire à son père une opposition systématique sur ses sentiments religieux qu'il croit inspirés par les pères jésuites. Il jure une haine mortelle à cet ordre, avec qui il n'a jamais été en relation, et se promet de chercher toutes les occasions de le dénoncer au mépris et à la vindicte de l'humanité dont il le retranche sans autre forme de procès.

Au mois de juillet 1868, dans un discours prononcé au Lycée de Lunéville pour la distribution des prix, il déclare la guerre ouverte et commence ses attaques. C'était un peu la mode alors, l'autorité qui n'était pas en cause passa outre sans une enquête. C... trouve bientôt une nouvelle oc-

casion d'exposer ses théories et s'en empare avec empressement; sa haine contre les jésuites n'a fait qu'augmenter. Quelques paroles choquantes à l'adresse du Gouvernement lui font donner son changement. Dès ce moment C... ne garde plus aucune réserve, il fait si bien que le Ministre Duruy le met en disponibilité.

Il arrive à Paris où il ne cesse d'écrire au préfet de police pour lui dénoncer les menées des jésuites, et se plaindre des Ministres Ollivier et Segris qui laissent ses lettres sans réponse.

Des troubles éclatent à l'école de médecine, au cours du professeur Tardieu. C... y court et profite d'un auditoire nombreux pour exposer ses idées.

Observation IV.

Mme C... avait 40 ans quand elle songea à faire l'essai loyal du mariage ; elle se croit recherchée par un étranger jeune, beau et riche qui habitait un hôtel situé en face de la maison où elle était employée comme caissière. Un jour il disparaît; Mme C... désespérée, se rend chez le commissaire de police de son quartier et accuse son patron de l'avoir desservie auprès de son amant. Le commissaire de police reste sourd à ses prières; elle s'adresse au préfet de police, aux tribunaux, demande 10,000 de dommages et intérêts. Déboutée de ses poursuites, elle reste pendant deux ans toute à ses douleurs. Mme C... après maintes réflexions, se décide encore une fois à se marier ; mêmes insuccès, mêmes déceptions. B..., d'où vient tout le mal est poursuivi de nouveau. Me Jules Favre chargé de sa cause, l'abandonne, Me Grandperret la prend. L'affaire était à la veille d'être portée devant les tribunaux lorsque la malade fut séquestrée. Rendue à la liberté elle ne quitte les cabinets des avocats que pour errer dans la salle des pas-perdus du Palais de justice. Elle s'arrête enfin à Me Lachaud qui ne peut plaider,

une partie de son dossier étant restée entre les mains des premiers avocats. Elle était à la recherche de ses pièces, lorsqu'elle a été séquestrée pour la deuxième fois.

Combien de Chicaneau devraient trouver place dans nos maisons de santé !

Observation V.

La famille de Mme de... est noble depuis les croisades ; en 1793 elle se fit tant soit peu républicaine pour sauver sa vie et sa fortune.

Le grand-père de notre malade était Président du conseil des Cinq-Cents, lors du 18 brumaire ; c'est à lui que Bonaparte a dû d'être remarqué par Barras.

Mme de... est une femme supérieure par l'intelligence et la bonne éducation (c'est elle-même qui parle). Amie de Napoléon III, elle avait été d'abord désignée pour faire l'éducation de son fils ; des influences considérables la firent échouer, sans la brouiller pour cela avec le pouvoir. Sa fille n'est pas moins bien douée qu'elle, sous le rapport de l'esprit, mais lui est bien supérieure par la beauté ; dans la rue on s'arrêtait pour l'admirer, aux Tuileries les grandes étoiles s'éclipsaient en sa présence pour descendre au troisième ordre.

A quatre ans, alors que tous les enfants jouent à la poupée, elle avait une passion vraie, vive, elle aimait de l'amour le moins poétique un employé de son père ; sa présence, sa voix, la jetaient dans des spasmes, dans des angoisses inexprimables. Lors de la menstruation cette enfant prodigieuse fut prise d'une langueur, d'une tristesse qui ne tarda pas à dégénérer en lypémanie.

Elle n'en fut pas moins dans le monde où elle devint l'amie de l'ex-empereur et de M. Conti, Son père meurt ; Mlle de..., mal conseillée, réclame ses droits qui s'élèvent à cinq cents mille fr., quitte sa mère pour vivre à sa guise.

Un beau jour l'administrateur de sa fortune, non content de la voler ou de la ruiner, la fait déclarer aliénée par un médecin à ses gages.

Elle est conduite à la maison de santé de M. R... Le hasard apprend à Mme de..., le sort de sa fille; elle court la chercher. Le médecin lui conseille d'attendre le lendemain pour l'emmener. Pendant la nuit M. R..., était gagné à la cause de ses ennemis; Mlle de..., venait de partir pour l'établissement du docteur S... Sur les plaintes de Mme de.., le ministre de l'Intérieur désigne un inspecteur général pour vérifier les faits et s'assurer de l'état de Mlle de... Celui-ci tombe amoureux fou de sa malade et assisté de son confrère, il essaye de la violer.

Le ministre en est informé et ordonne une enquête. Le chef de bureau chargé de la faire, laisse sa raison au fond d'une bouteille. Son rapport se contente de signaler que M. le docteur S..., avait la meilleure cave de Paris, de la malade il n'en fut pas question.

La révolution du 4 septembre arriva sur ces entrefaites. M. Jules Favre, avec qui Mme de..., avait été en relations suivies, envoie au médecin de la maison de santé l'ordre de rendre Mlle de... à la liberté. Sa lettre tombe entre les mains d'un employé chargé de l'expédier, qui en dénature le texte d'une manière complète et la sortie n'eut pas lieu.

En 1872, Mme de..... obtint un jugement qui lui confia la tutelle de sa fille. Depuis cette époque elle promène cette pauvre malade de maison en maison, elle en est actuellement à sa huitième ou neuvième résidence. Tous les médecins de ces différents établissements ont été tour à tour poursuivis ou dénoncés comme incapables ou immoraux.

Les médecins, dit-elle, n'ont pas guéri ma fille et ne guériront aucun de leurs malades parce qu'ils ignorent les combinaisons du fluide mâle et du fluide femelle, ils n'arriveront à aucun résultat tant qu'ils persisteront à

séparer les deux sexes dans les asiles de traitement. Ville-Evrard lui semble pourtant présenter un petit progrès de ce côté : les deux fluides peuvent se combiner à la chapelle où les hommes et les femmes sont réunis le dimanche. Le vent d'ouest qui souffle de l'asile des hommes sur le pensionnat peut apporter quelques effluves.

Mme de.... a envoyé à l'Assemblée nationale un ouvrage très-volumineux sur le spiritisme et sur l'utilité des combinaisons des fluides mâle et femelle, qui doivent conduire à la guérison de la folie, de l'épilepsie et de l'hystérie.

Mme de..... est en liberté, il ne se passe pas de jour qu'on ne la rencontre à la préfecture de police, au Ministère de l'Intérieur ou au tribunal pour poursuivre quelqu'un ou quelque chose

Dans les observations qui précèdent, le délire persécuteur s'établit d'emblée et domine tous les autres symptômes, au point de pouvoir désigner un état tout particulier d'aliénation mentale auquel nous avons donné le nom de délire persécuteur. Il n'est pas spécial à cette forme d'aliénation mentale, puisqu'on le rencontre dans une foule d'affections comme symptôme accessoire. Nous nous contenterons d'en citer deux auxquels il est plus intimement lié : la mégalomanie et la paralysie générale.

Dans la mégalomanie il est caractérisé par sa variété et son peu de stabilité : le délire persécuteur du mégalomaniaque, conséquence du délire de persécution, est changeant comme l'affection elle-même et ne repose, le plus souvent, suraucun fondement; et la preuve, c'est que le malade reste fort embarrassé lorsqu'il est mis en demeure de prouver son origine, les qualités dont il se croit doué, les fonctions dont il se dit chargé ; qu'on le croie ou qu'on ne le croie pas, il ne s'en préoccupe pas davantage. C'est pour lui un besoin, une nécessité d'ajouter foi à ses conceptions, si

absurdes qu'elles puissent être pour les autres, à se croire appelé a de hautes et grandes destinées, à se complaire dans ses rêves. Pourquoi chercherait-il à justifier son délire, le doute ne peut pénétrer dans son âme ; toujours les yeux tournés vers l'avenir, il attend tout des événements. Sans doute il écrit chaque jour, il envoie ses élucubrations dans les différents ministères, nomme, destitue absout et condamne. Mais tout cela se termine par un : j'ai dit ; il est plutôt ennuyeux que vraiment persécuteur. Chose étrange, ces malades protestent bien rarement contre leur séquestration. Un exemple fera mieux saisir la difficulté qui existe entre le malade atteint de délire persécuteur et celui atteint du délire des grandeurs avéc lequel on serait tenté peut-être de le confondre. Chez le premier, ce qui fait la base de l'affection, c'est de la fatuité, ou une présomption sans borne de soi-même, qui le conduit à se plaindre de tout ce qui va à l'encontre de ses désirs ; chez le second, ce sont des idées ambitieuses qui n'ont, pour me servir d'une expression vulgaire, ni queue ni tête, qui ne nuisent qu'à lui-même.

LETTRE D'UN MÉGALOMANIAQUE.

A monsieur le maréchal de Mac-Mahon, duc de Magenta, Président de la République Européenne.

Je vous remercie infiniment de la main de M^lle^ Marie que vous avez bien voulu m'accorder.

Vous me demanderez sans doute pour quelles raisons en si peu de temps j'ai rompu avec tant de partis ; voici : J'ai rompu avec la princesse Isabelle-Marie d'Espagne parce que l'ex-maréchal Bazaine séjourne à Madrid. Je ne puis ni ne dois être l'allié d'un membre qui abrite celui qui a été condamné en France par un conseil de guerre pour faits contre la patrie. Je comprends que vous ayez adouci la peine de l'ex-maréchal, vous son camarade, Mon-

sieur le Président. Il a pu dignement servir l'Empire mais il a trop oublié que la France et ses enfants doivent toujours avoir la priorité sur les partis quels qu'ils soient. J'ai regretté la désunion à cause de la princesse Isabelle-Marie, mais ma conscience se refusait à maintenir mon mariage.

J'ai rompu avec l'archiduchesse Marie de Russie pour raisons de famille et comme je ne veux pas qu'il y ait arrière-pensée dans ces mots: raisons de famille, j'ajoute : c'est le caractère acariâtre de l'archiduc, père de Marie, qui a été cause de la rupture de cette union. Je sais que quand on se marie ce n'est pas avec le beau-père, mais je ne pouvais rester dans une famille où il eût fallu continuellement surveiller son beau-père. J'ai enfin rompu avec Mme Céline Blanchard, de Nantes (ex-impératrice Eugénie), ma maîtresse pendant deux ans, parce que j'ai appris qu'elle avait quarant-neuf ans. Je maintiens le don de 500 millions que je lui ait fait, argent provenant de la vente d'un de mes livres. Je dois à la louange de cette dame ajouter que je n'ai jamais eu une meilleure maîtresse.

Je laisse à Mmes Marie-Isabelle d'Espagne, Marie de Russie et Céline Blanchard (ex-impératrice) le choix d'un château où elles seront, si elles veulent séjourner en France, considérées comme de véritables amies.

J'ai pendant mon séjour dans la propriété de Ville-Evrard, vu l'asile dirigé avec beaucoup d'intelligence par M. le directeur, docteur Dagron, que j'ai nommé officier de la Légion d'honneur.

J'ai reconnu dans l'asile divers souverains d'Europe qu'on a arrêté, m'a-t-on dit, au camp de Châlons, pour avoir voulu, sous un faux nom, inspecter notre camp. J'ai fait comprendre à ces messieurs la gravité de la chose, objectant que la France avait assez de ses malheurs, je devrais dire désastres, de 70 et 71. — Je leur ait enfin fait voir qu'il serait plus désirable de s'entendre pour le maintien sûr de

la paix. Ils ont compris mes raisons et ont proposé, d'après mon avis, d'établir sur toute l'Europe une république présidée par moi, si bon me semblait. Mon devoir, trop jeune pour prendre une pareille responsabilité, était de refuser, c'est ce que je me suis empressé de faire, disant qu'il fallait à la Présidence européenne une plume ou une épée; que M. Thiers, vous, Monsieur le Maréchal, ou un de ces messieurs d'Autriche, d'Angleterre, de Russie ou d'Italie, pouviez seuls présider efficacement.

Le conseil a été goûté, on a mis des noms dans l'urne, et le vôtre, Monsieur le Maréchal et cher beau-père, est sorti avec la majorité.

Je félicite ces messieurs du choix qu'ils ont fait; car la République européenne vivra longtemps, ayant pour la guider votre bras, et pour la défendre votre épée.

Agréez, monsieur le Président et cher beau-père, l'assurance du dévoûment de votre dévoué fils.

Signé : **A.**
Président de la République française.

P. S. Mon avis pour les Républiques de l'Europe est que tous les cinq ans les présidents soient renouvelés. — Réélus s'ils n'ont pas démérité, remplacés si les peuples ont eu à se plaindre de leur façon d'être pendant leurs cinq ans. Il faudrait que sans distinction de rang la présidence fût donnée à qui aurait quarante ans au moins et remplirait les conditions exigées par une commission. »

Les paralytiques généraux après avoir marché vers la démence qui couronne tant de beaux rêves, éprouvent parfois un moment d'arrêt dans la marche des symptômes intellectuels avec un recul vers l'état primitif; on les croirait guéris, ou tout au moins améliorés, si l'on ne savait que ce sommeil est trompeur et que le réveil sera marqué par une aggravation de l'état général. Pendant toute cette

période, variable dans sa durée, ces infortunés malades deviennent au plus haut point des aliénés persécuteurs. Le médecin les voit chaque jour demander leur sortie avec une insistance qui ne laisse pas de réplique ; ils protestent près du parquet contre leur séquestration, c'est en vain qu'on leur objecte les troubles physiques qu'ils présentent encore, la crainte qu'on a pour l'avenir; ils ne tiennent compte de rien. Les familles qui les ont vus dans toute la force de leur délire, les entretiennent dans ces idées de guérison. L'avocat Sauton pourrait être pris comme modèle du genre.

DE L'INFLUENCE

DE LA

LUMIÈRE COLORÉE

DANS LE

TRAITEMENT DE LA FOLIE

Par M. le Dr PONZA
Médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie.

A Messieurs les membres de la Société médico-psychologique de Paris.

Je venais de lire dans les journaux, qu'un capitaine de la marine anglaise, dont j'ai malheureusement oublié le nom, était arrivé, après des expériences très-suivies, à accroître énormément l'embonpoint de certains animaux en les faisant vivre continuellement sous l'influence de la lumière violette, et à obtenir un développement extraordinaire de végétation, soit des fruits, soit des légumes, en les couvrant de cloches de verre violet : vivement intéressé, j'écrivis immédiatement au savant et éminent père Secchi, pour lui demander si l'heureuse influence de la lumière colorée était due à ses propriétés électro-chimiques. L'illustre directeur de l'observatoire astronomique du collége Romain s'empressa de me répondre ce qui suit :

« L'idée d'étudier les troubles des aliénés, en rapport avec les perturbations magnétiques, et avec la lumière colorée et surtout violette, du soleil, est d'une importance remarquable, et je la crois bien digne d'être cultivée.

» Jusqu'à présent, on n'a pas encore, que je sache du moins, fait d'observations sur l'influence de la lumière

colorée, ou pour mieux dire de la lumière violette du soleil, il me semble qu'il serait très-important de faire une semblable étude.

» La lumière violette est, sans en pouvoir douter, celle qui agit chimiquement sur les végétaux ; j'ignore si elle est aussi active sur les animaux.

» La solution pratique du problème pourrait se réduire à expérimenter sur des aliénés ou sur des malades atteints de névropathies, l'action des rayons moins réfrangibles du spectre solaire, car, on ne peut créer de la lumière violette autrement qu'en soustrayant de la lumière solaire, les rayons rouges, jaunes, bleus, etc.

» Il ne nous est pas possible de condenser cette lumière spéciale, mieux ou plus qu'elle n'est condensée dans la lumière naturelle du soleil; il est aussi très-difficile de trouver une substance qui laisse seulement passer les rayons violets. Une lumière très-riche en rayons violets, plus encore que celle du soleil, est la lumière électrique, mais pratiquement elle est inapplicable.

» La seule expérience pratique qu'on puisse tenter, c'est de filtrer pour ainsi dire la lumière solaire, de manière à écarter tous les autres rayons, et à n'avoir plus que les seuls rayons violets, plus réfrangibles. L'essai mérite d'être tenté, non pas seulement par curiosité pure, mais aussi parce qu'il semble qu'au point de vue de la germination, on arrivera à d'importants résultats.

» Cette teinte violette a je ne sais quoi de mélancolique, de dépressif, qui physiologiquement abat l'âme; c'est pour cela sans doute que les poëtes ont drapé la mélancolie de vêtements violets.

» Peut-être se peut-il faire que la lumière violette calme l'excitation nerveuse des malheureux aliénés maniaques. Et bien que, physiquement, rien ne puisse assurer du succès, comme il s'agit d'un fait physiologique, il me semble qu'il y a lieu de tenter l'expérience.

» Il faudrait, avant tout, s'assurer de la qualité des verres les plus convenables, les plus aptes à recevoir les rayons du soleil ; pour cela, il faudrait les essayer, les faire traverser par un rayon solaire passant à travers un prisme, et avec ce même rayon prendre des épreuves photographiques.

» Les parois des chambres qui serviront aux expériences devront être peintes de la même couleur que les verres qu'on aura mis aux fenêtres ; pour favoriser l'action de la lumière solaire, on aura soin de donner à la chambre le plus grand nombre de fenêtres possible, de manière qu'elle puisse recevoir directement la lumière à des heures différentes de la journée.

» Pour mettre à exécution ces conseils tout scientifiques, je vous proposerais de faire coucher les aliénés que vous allez mettre en observation, dans des chambres orientées au levant et au midi, à parois colorées comme les vitres, et de mêmes dimensions.

» Si vous avez besoin de l'aide d'un physicien habile, vous pouvez vous adresser au professeur Pornisetti, directeur de votre observatoire météorologique ; c'est un homme fort intelligent. »

Suivant donc les indications du père Secchi, je voulus établir l'intensité réfringeante du spectre solaire pour chaque espèce de verre coloré. J'obtins ainsi la certitude que mon expérimentation allait être conduite d'une manière exacte et sûre : voici comment je procédai.

Je fis donner à chaque chambre la teinte correspondant à la couleur des vitres posées aux fenêtres.

Dans la chambre teinte en rouge, à vitraux rouges, je fis coucher un lypémaniaque qui depuis bien longtemps était sombre, affecté d'un délire taciturne, et mangeait rarement de sa propre initiative. Trois heures après son installation dans cette chambre, je le visitai, et, à ma grande

surprise, je le trouvai souriant, gai; il me demanda de lui faire donner à manger, ce qui fut aussitôt fait.

L'observation suivante n'est pas moins explicite :

B... (Joseph), lypémaniaque sitiophobe, qui restait tout le jour avec ses mains crispées contre sa bouche pour empêcher l'introduction de « l'air empoisonné », a été transfusé par la méthode Caselli en se servant d'une canule embouchée par un très-court tuyau de caoutchouc, à l'effet de déterminer une cyanose qui l'eût excité. Ma prévision a échoué; car il n'en fut rien. Il a supporté inébranlable la transfusion sans aucune amélioration dans son état lypémaniaque. Convaincu de l'efficacité de l'influence de la lumière rouge, je fis coucher mon homme dans la chambre à vitres rouges.

Le lendemain, B... se hâta de se lever et de demander son déjeuner qu'il avala avec une avidité surprenante; actuellement il se porte très-bien et dans quelques jours je pourrai le renvoyer chez lui.

Dans la chambre à vitres bleues, je fis coucher un maniaque très-agité, maintenu avec la camisole : moins d'une heure après, je le trouvai beaucoup plus calme. L'action de la lumière bleue est assez intense sur les nerfs optiques ; j'en eus la preuve par le fait suivant : un jour, en présence du Dr Bongiovanni, professeur de clinique médicale à l'université de Pavie, venu tout exprès à Alexandrie pour suivre mes expériences, je conduisis dans la chambre bleue le Dr Manfredi. Nous lui avions d'abord bandé les yeux, et pour le dérouter nous lui avions fait faire plusieurs tours sous les arcades de l'asile : aussitôt que M. Manfredi fut entré dans la chambre à vitraux bleus, il nous dit où il était ; il en avait été averti par une sensation d'oppression étrange.

J'ai fait coucher un aliéné dans une chambre à vitraux

violets ; le lendemain, ce malade me pria de le renvoyer chez lui, il se sentait guéri. Il a quitté l'asile, il est heureux et toujours bien portant.

Examinant au spectromètre les courbes de la lumière, on s'aperçoit immédiatement que les rayons violets sont parmi tous les autres, ceux qui possèdent les rayons électro-chimiques les plus intenses, que la lumière rouge est aussi très-riche en rayons calorifiques, que la lumière bleue, au contraire, est tout à fait dépourvue de rayons calorifiques, chimiques et électriques. Son influence bienfaisante est facile à saisir. Etant la négation absolue de toute excitation, la lumière bleue réussit merveilleusement à calmer les agitations furieuses des aliénés maniaques.

Ces recherches me semblent d'une importance capitale dans le traitement de la folie ; elles peuvent amener à des résultats satisfaisants dans la thérapeutique de beaucoup de névropathies, comme la chorée, l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie puerpérale ou celle des enfants.

Le clinicien, en plongeant un membre malade dans une atmosphère électro-chimique, obtiendra peut-être par ce moyen des résultats qu'il demande inutilement à l'électricité, soit galvanique, soit faradique.

Pour les aliénés, on pourra obtenir des améliorations, souvent même des guérisons qu'il eût été téméraire d'espérer, en les faisant vivre dans une chambre à parois colorées en violet, comme les vitraux des fenêtres.

Je vous prie donc, mes chers collègues, d'encourager ces essais, pour l'honneur de la science, et pour le bien de l'humanité souffrante ; c'est dans ce but que j'ai expérimenté, et en attendant le succès de mes efforts, je m'honore d'être votre tout dévoué collègue.

Dr Ponza.

5 octobre 1875.

De nombreux travaux ont été publiés sur la lumière, sur ses propriétés, en France et dans d'autres pays (1) ; mais, bien que très-précis, très-intéressants, ces travaux n'ont rien de commun avec les recherches auxquelles je me suis livré, sur l'influence de la lumière colorée dans le traitement de l'aliénation mentale.

Dr Ponza.

(1) Voyez notamment : Becquerel, *La lumière, ses causes et ses effets*, Paris, 1868 ; Edwards (W. F.), *De l'influence des agents physiques sur la vie*, Paris, 1824 ; Brown-Séquard, *Influence des agents physiques sur le développement du têtard de la grenouille commune*, in *Journal Brown-Séquard*, 1859 et 1863; Auerbach, in *centralblat für die medicinischen Wissenschaften*, 1870.

DES

ALTÉRATIONS DU SYSTÈME CUTANÉ

DANS LA FOLIE [1].

Par M. le Dr Adrien FÈVRE
Médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Armentières.

— « Les affections de la peau méritent d'autant plus notre attention, dans l'étude de la folie, que les aliénés sont très-sujets à ces affections. »
ESQUIROL

PRÉAMBULE

Le médecin qui embrasse le sacerdoce, aussi méritant que pénible (et, malheureusement, souvent trop peu apprécié !) de consacrer son temps et ses soins au traitement de la folie, et qui a contracté l'habitude de vivre au milieu des aliénés, aperçoit bien vite la variété infinie des maux physiquesqui viennent fondre sur ces malheureux malades. Chaque jour qui s'écoule amène la découverte d'un désordre quelconque dans le fonctionnement des organes de ces déshérités de l'intelligence, fait jaillir, aux regards attentifs et étonnés de l'observateur, l'existence, hier ignorée, d'une nouvelle manifestation morbide, et contribue à soulever davantage un coin du voile, qui laisse encore dans l'ombre beaucoup des grandes vérités de la pathologie mentale ! Cette branche des sciences médicales, trop peu

(1) Notes extraites d'un manuscrit récompensé par la *Société médico-psychologique* (commission du prix Esquirol) dans sa séance du 26 avril 1875.

cultivée, à notre sens, a déjà fait un grand pas, il est vrai ; mais il y a encore beaucoup à faire dans l'exploration du champ si vaste et si fécond de l'aliénation.

Longtemps, on ne s'est occupé, chez les fous, que des désordres psychiques. Depuis une cinquantaine d'années à peine, on a étendu la sphère d'observation. On a mieux compris l'étude de l'aliénation mentale, en partant de ce principe que tout est solidaire dans l'organisme humain, et qu'il existe une corrélation étroite entre les maladies physiques et les infirmités morales. Les médecins aliénistes se sont dit avec raison que l'aliéné devait, plus peut-être que tout autre malade, être soumis à un examen attentif et continuel, et que, tout en s'occupant des troubles intellectuels inhérents à son état, il fallait aussi faire la part des désordres physiques qui précèdent, accompagnent ou peuvent servir à caractériser la folie.

Ils ont vu qu'il y avait des organes lésés dans cette affection si fréquente et si grave, et ils ont jugé qu'il fallait s'efforcer de chercher ces lésions partout où elles étaient susceptibles d'être rencontrées. Ils se sont demandé si chaque organe, chaque fonction jouant un rôle important dans l'économie, ne pouvait pas avoir des rapports étroits, constants avec l'aliénation mentale, et si chaque question, quelque petite qu'elle paraisse au premier abord, ne tenait pas par ses détails à l'ensemble, et ne s'y rattachait pas par des liens intimes.

On a compris, en un mot, que la science mentale devait sortir des limites d'une étroite spécialité, pour s'unir intimement à la pathologie tout entière, et quelle devait s'appuyer sur des bases aussi solides que celles d'autres branches de la médecine mieux connues et plus développées !

C'est le but auquel doivent viser ceux qui veulent faire progresser la science à laquelle nous avons résolûment voué notre vie ; but qui doit surtout avoir pour résultat final de soulager les souffrances de ces êtres infortunés, pour la

plupart desquels sont gravées sur le seuil des asiles ces désolantes paroles de Dante :

« *Lasciate ogni speranza !* »

CHAPITRE PREMIER

Introduction — Historique.

Au début de notre carrière dans les asiles d'aliénés, étant encore interne à l'asile de la Charente, notre attention fut souvent attirée vers les altérations nombreuses que présentait le système cutané, chez les personnes atteintes d'aliénation mentale.

D'autres études nous détournèrent momentanément de ce champ d'observation; mais nous n'abandonnâmes pas le projet de nous occuper sérieusement, plus tard, d'un sujet aussi intéressant pour le médecin aliéniste.

Lorsque nous fûmes nommé médecin adjoint à l'asile public de Toulouse, nous songeâmes à ce que nous n'avions fait qu'entrevoir ailleurs; nous nous livrâmes à une obsertion assidue, et nous fûmes frappé du grand nombre d'affections cutanées qui régnaient dans ce vaste refuge de la folie.

Chaque jour, une manifestation nouvelle de ces altérations de la peau, si fréquentes chez les aliénés, surgissait à nos regards, servait de thème à nos réflexions, et découvrait à notre esprit des horizons nouveaux.

Beaucoup d'auteurs et de médecins aliénistes mentionnent qu'il existe une corrélation manifeste entrela folie et les altérations de la peau : mais le plus grand nombre ne fait qu'effleurer le sujet, sans s'y appesantir.

Esquirol dit que les aliénés sont sujets aux affections cutanées; le célèbre aliéniste s'étend assez longuement sur la folie dartreuse. — « Les affections de la peau, dit-il,

méritent d'autant plus notre attention, dans l'étude de la folie, que les aliénés sont très-sujets à ces affections. »

Lorry, Alibert, Frank citent des observations dans lesquelles l'évolution des dartres est liée à la production de la folie. Devergie assure que les affections cutanées ont une liaison intime avec les maladies du système nerveux. Guislain, avec sa grande autorité, parle, lui aussi, du vice dartreux, qu'il associe à l'aliénation mentale. Bazin nous met sous les yeux des faits montrant les rapports des maladies cutanées avec les névroses. Marcé ne fait que toucher très-légèrement à ce sujet. MM. Vulpian et Charcot et le docteur Hérard citent chacun une observation sur la carcinose miliaire aiguë coïncidant avec la démence.

Un aliéniste distingué, M. le docteur Billod, parle, dans ses ouvrages sur la pellagre, de la fréquence des affections dartreuses et prurigineuses chez les aliénés.

Le docteur Ed. Dupouy affirme, dans ses écrits, que les maladies de la peau sont remarquables, chez les fous, par leur fréquence et leur persistance ; il cite plusieurs observations dans lesquelles il y a coïncidence des affections cutanées avec l'aliénation mentale (1).

M. Arthaud, directeur-médecin de l'asile du Rhône, déclare que, chez les aliénés, les troubles de nutrition de la peau sont fréquents et souvent très-sérieux (2).

Le professeur Lombroso a aussi rencontré ces mêmes désordres de nutrition du système cutané dans les diverses variétés de l'aliénation mentale, et les a étudiés avec soin. MM. Baillarger, Lunier, Brierre de Boismont, Auzouy, Teilleux, Roussel, Courty, Dagonet, Morel et beaucoup

(1) Ed. Dupouy : *Recherches sur les maladies constitutionnelles et diathésiques dans leurs rapports avec les névroses et principalement avec la folie* (in *Ann. méd-psych.* nos de juillet et septembre 1866.)

(2) *Société de médecine de Lyon*, le 29 janvier 1873.

d'autres médecins distingués se sont aussi occupés de cette question, intéressante à beaucoup de points de vue.

Nous citerons encore le docteur Gigot-Suard, pour lequel l'herpétisme est une cause de folie, et le professeur Hébra, de Vienne, qui parle, dans ses ouvrages, des rapports étroits qui règnent entre la folie et les dermatoses.

Nous voyons donc, par ce rapide exposé, que bon nombre d'auteurs et de médecins aliénistes se sont préoccupés de la coïncidence qui existait entre les altérations de la peau et l'aliénation mentale. Seulement, la plupart d'entre eux n'ont fait que voir le phénomène pathologique, sans en tirer les conséquences qu'on en pouvait déduire.

Nous ferons remarquer aussi qu'ils emploient indifféremment les mots de dartre, d'herpès, de diathèse dartreuse, de vice dartreux, d'affection prurigineuse, etc., pour désigner les formes nombreuses et variées des maladies du système cutané.

« Le mot dartre est un vieux mot français, dit le professeur Hardy, dont l'étymologie est encore fort contestée, et qui a remplacé les mots grec et latin herpès. »

Nous admettons, comme l'analogue de diathèse dartreuse, ou de vice dartreux des anciens médecins, le terme plus moderne d'herpétisme; et nous emploierons, de préférence, dans le cours de ce travail (et en dehors, bien entendu, de toute question de doctrine), la locution de manifestations herpétiques pour désigner, d'une façon générale, cet état morbide, cachectique, du système cutané, chez les individus atteints d'aliénation mentale.

CHAPITRE II

DESCRIPTION. — SYMPTOMATOLOGIE.

La peau n'a point, chez les aliénés, ce teint propre à la santé que tout le monde connaît, et qui varie selon le sexe, l'âge, le tempérament, le climat et la profession. Dans

l'aliénation mentale, l'enveloppe cutanée subit une altération générale, et peut revêtir les formes, les aspects et la coloration les plus variés et les plus divers. Elle a ordinairement la couleur brune, terreuse, et l'aspect luisant ou parcheminé, racorni, fendillé ou furfuracé dans la manie ; la teinte bistrée, qui rappelle la maladie bronzée d'Addison, dans la manie, chez certains hypochondriaques, et aussi dans la paralysie générale progressive. Dans cette dernière affection, le teint est pâle, plombé, ictériforme, cachectique ou très-coloré, selon la forme et la phase de la maladie. Dans la démence, l'organe cutané revêt souvent une teinte vineuse. Chez les aliénés lymphatiques et scrofuleux, la peau est d'une pâleur extrême, semi-transparente, comme nacrée, et offrant assez fréquemment des espèces d'ecchymoses disséminées dans l'intérieur du derme.

Elle a un aspect blafard, violacé ou congestionné, chez les mélancoliques et les idiots, les aliénés sédentaires et les épileptiques. La plupart de ces derniers malades sont très-sujets aux engelures, qui peuvent persister ; et chez eux, le tégument externe est souvent parsemé de petites extravasations sanguines ou pigmentaires, siégeant surtout aux mains, à la face et aux extrémités inférieures.

— « Dans la lypémanie stupide, dit notre collègue, le docteur Cullerre, l'enveloppe cutanée brunit, et prend une teinte hâlée et terreuse; et les téguments, en général, se décolorent et finissent par prendre une couleur jaune-verdâtre d'un aspect cachectique (1). »

Tantôt, chez certains malades, la peau présente un amincissement manifeste, surtout à la face dorsale des mains, et à la figure, et revêt un aspect lisse, luisant, et ressemblant à une pelure d'oignon. Quelquefois elle est tellement mince, tellement transparente, qu'il semble qu'il y ait comme atro-

(1) Dr A. Cullerre : *Etude clinique de la lypémanie stupide*. 1873.

phie ou disparition de la couche cornée de l'épiderme. Plus souvent, nous avons constaté une véritable hypertrophie des éléments constitutifs de l'enveloppe cutanée, un épaississement des ongles qui deviennent friables, se cassent, s'en vont en lamelles, et offrent parfois une coloration noir-bleuâtre, avec dépôts crémeux sous-unguéaux. Cette dernière particularité, signalée déjà par quelques auteurs, se remarque aux extrémités de certains lypémauiaques, dans la stupeur, et aussi dans la démence confirmée. Parfois l'épiderme prend un développement considérable, surtout aux doigts; revêt une teinte blanc-jaunâtre, et s'en va en desquamation, ou plutôt en décortication, par plaques épaisses, larges, humides et grenues du côté interne, et ayant une odeur caratéristique infecte.

Dans d'autres circonstances, la peau des mains présente des epèces d'élevures, sortes de tumeurs légèrement aplaties, plus ou moins molles et fluctuantes, d'un aspect vineux ou noirâtre, et dues probablement à une prolifération exagérée et à une hypertrophie du tissu lamineux.

L'enveloppe cutanée est alors rouge, violacée et luisante. Ce phénomène a son siége surtout à la face dorsale des mains et existe particulièrement dans l'imbécillité et l'idiotie ; et chez les aliénés scrofuleux, ou chez ceux qui se sucent constamment les extrémités supérieures.

Dans beaucoup de ces états morbides du système cutané, par le frottement et le grattage, l'épiderme se détache par plaques plus ou moins éteudues, ou s'exfolie en une matière pulvérulente composée de pellicules ou petites écailles d'un blanc terne ou grisâtre, semblables à du son très-fin.

— « Si on gratte la peau avec l'ongle, dit le docteur Marchand, son poli disparaît et se trouve remplacé par une poussière blanchâtre qui est composée d'écailles furfuracées (1). »

(1) Dr Marchant : *Lettre à M. le docteur Billod*, in *Ann. médico-psych.*, avril 1859.

Nous avons rencontré assez souvent, dans l'aliénation, une forme d'anomalie du tégument externe, désignée ordinairement sous le nom de chair de poule.

Ce phénomène, passager chez les individus sains d'esprit et qui est dû à la saillie des bulbes des poils, sous l'impression du froid ou d'autres causes, pathologiques ou morales, devient quelquefois permanent chez certains aliénés, et constitue alors une véritable altération de l'enveloppe cutanée. Ce dernier organe offre un aspect mamelonné, rugueux, et a tout-à-fait l'apparence de la peau dite de chagrin.

Cet état se présente surtout dans l'idiotie, la manie et la lypémanie, particulièrement chez les femmes jeunes et assez grasses, et peut occuper toute la surface du corps. Parfois chez certains sujets, ces élevures deviennent plus fortes, comme une lentille ou un petit pois, par exemple ; revêtent l'apparence de tubérosités charnues, de couleur rose ou rouge, vineuse ou noirâtre ; et rappellent l'aspect de la peau qui orne la tête des coqs d'Inde. Cette anomalie cutanée a ordinairement son siége au front, aux joues et sur le nez; on la rencontre aussi sur le tronc, aux épaules et aux membres inférieurs. Elle peut occuper un espace large comme une pièce de cinq francs, et quelquefois grand comme la main. La grosseur de ces petites tubérosités et leur degré de coloration diminuent, en général, du centre à la périphérie de la plaque malade.

Depuis que nous sommes dans les asiles, nous avons eu très-souvent l'occasion de voir des manifestations cutanée à forme pellagroïde. Les médecins aliénistes s'accordent à dire que, chez les fous, on voit souvent survenir, au printemps et pendant l'été, des érythèmes et divers accidents du côté de la peau. Ils attribuent, pour la plupart, ces phénomènes morbides à l'insolation. Nous partageons cette opinion; et nous ajouterons que l'enveloppe cutanée des aliénés possédant des aptitudes pathologiques spéciales, il s'ensuit que la radiation solaire a, pour cette sorte de malades, de

conséquences bien plus graves que pour les autres personnes. Tous les aliénés, plus ou moins, sont sujets à l'insolation. En effet, beaucoup de malades, surtout ceux atteints d'accès aigus d'aliénation, et aussi les déments, les idiots, les lypémaniaques avec stupeur, les gâteux et les paralysés généraux resteraient, pendant le printemps et l'été, constamment exposés à l'action du soleil, si les surveillants n'y apportaient pas la plus grande attention. Les accidents cutanés, tus à l'insolation chronique, ont leur siége sur toutes les parties du corps exposées aux rayons solaires ; mais c'est principalement à la face dorsale des mains que ces altérations revêtent un caractère de gravité remarquable. Surtout à la région métacarpienne, la peau prend un aspect terreux, à coloration chamois, ou bistre foncé ; l'épiderme est ridé, flétri, soulevé, fendillé et épaissi dans certains endroits ; dans d'autres, au contraire, il est aminci, lisse et brillant. L'aspect général est celui d'un fruit qui vient d'être plongé brusquement dans de l'eau bouillante. La couche cornée se détache en squames plus ou moins irrégulières dans leur forme et dans leur dimension. Ces petites lamelles, de couleur gris-jaunâtre, carrées, lozangiques, pentagonales, etc., adhérent à la couche profonde par leur centre, et ont le bord libre de leur pourtour relevé, recoquillé et enroulé sur lui-même, à l'instar des feuilles mortes. On dirait de la peau de blé décortiqué, comme les pellicules ou écailles les plus larges de son ordinaire.

Dans certaines parties de la région, de nombreux débris épidermiques, entassés et collés les uns sur les autres, sont semblables, par l'aspect, à de minces couches de terre superposées. Si on vient à gratter et à enlever avec l'ongle quelques-unes de ces petites plaques, elles se détachent et tombent sous la forme d'un détritus pulvérulent brunâtre. Au-dessous, les téguments sont roses, rouges ou violacés. Sur quelques-uns de ces points mis à nu suintent quelques gouttelettes microscopiques de sérosité claire et séro-gom-

meuse. D'autres petites plaques squameuses, à lambeaux concrétés et recoquillés sur eux-mêmes, ont une couleur brun-noirâtre ou de caramel, et ressemblent tout à fait à la couche superficielle de la viande rôtie.

Quelques aliénistes, et principalement M. le docteur Billod, considérant que cet état morbide de la peau ressemblait assez bien à celui qu'on assigne aux pellagreux, ont assimilé cette altération, à forme pellagroïde, à la véritable pellagre. Nous ne croyons point qu'il faille prendre ces manifestations cutanées pour des symptômes d'une affection définie, d'une espèce nosologique particulière, qui se déclare spécialement chez les aliénés. Si l'insolation imprime, dans la folie, un cachet plus marqué ; si les accidents sont généralement plus graves et plus persistants ; ont une spécificité caractéristique en quelque sorte ; c'est, à notre avis, une des mille manifestations par lesquelles le système cutané montre (comme les autres organes, en général, chez les aliénés) sa débilité et sa souffrance, et qu'il est plus apte à s'altérer, chez ces individus, que chez les personnes saines d'esprit (1).

Nous nous permettrons de faire une distinction entre cette affection, à forme pellagroïde, due à l'insolation chronique, et une autre altération du tégument externe, fréquente chez les fous, à laquelle nous donnerons le nom de peau ansérine. Ce n'est point ce que certains auteurs nomment *cutis anserina*.

Pour eux, cette dernière appellation se confond, à tort selon nous, avec la peau dite chair de poule, dont nous avons déjà parlé. Pourquoi émettre, sans utilité apparente, deux noms différents pour désigner, dans leur esprit, un seul et même état de la peau ? — Si nous nous servons d'un terme semblable pour caractériser cette altération

(1) Ces réflexions ne nous empêchent pas d'admettre l'existence, dans les asiles, de la pellagre véritable. (A. F.)

cutanée, c'est que la peau des aliénés atteints a tout à fait l'apparence de l'enveloppe membraneuse qui revêt la patte de l'oie. En effet, le système tégumentaire externe est aminci, hâlé, quadrillé; ressemble à du parchemin sec et froissé, et offre une coloration brun sale, de café au lait, ou de cuir jaune. Cet aspect de la peau existe presque en out temps, chez beaucoup d'aliénés des deux sexes ; surtout chez ceux qui sont maigres et le plus débilités. Il n'y a aucun symptôme inflammatoire, pas de trace d'exfoliation apparente, et nulle réaction ne retentit d'une façon appréciable sur l'économie. L'enveloppe cutanée présente cette anomalie aussi bien chez des malades qui sont soustraits complétement à l'action des rayons du soleil, que chez d'autres exposés directement à la chaleur de cet astre. Nous avons vu ce phénomène se produire, chez les aliénés, par la simple exposition à l'air et à la lumière, et dans des circonstances où le soleil n'a que peu de force. Du reste, nous avons rencontré ces manifestations aussi bien en hiver, que pendant l'été et le printemps. La peau brunit seulement davantage à l'époque des grandes chaleurs, et devient très-apte à subir les effets de l'insolation.

Bien souvent aussi nous avons été témoin, dans la folie, de phénomènes qui se manifestent surtout chez les maniaques et les paralysés généraux : nous voulons parler de l'apparition pour ainsi dire spontanée de petits abcès sous-épidermiques, de tumeurs phlycténoïdes, et d'extravasations sanguines ou pigmentaires plus ou moins étendues. Ces collections purulentes, ainsi que les extravasations sanguines se voient principalement chez les déments, les aliénés sédentaires et les paralysés généraux.

Nous avons remarqué que les tumeurs phlycténoïdes, ou bulles de pemphigus, se déclaraient dans la paralysie générale ainsi que dans les cas aigus d'aliénation. Quant à la pigmentation inégale ou exagérée de la peau, c'est une anomalie que nous avons vue se produire souvent chez

les hypochondriaques, les déments et les paralysés généraux (1). Comme nous l'avons déjà mentionné, l'enveloppe cutanée prend, dans la folie, les teintes les plus variées, et passe d'une coloration à une autre avec la plus grande facilité.

Ces changements de couleur de la peau, quelquefois brusques, pourraient au besoin servir de signe pour le diagnostic et le pronostic d'un état d'aliénation; dans l'épilepsie, par exemple, ainsi que dans les états congestifs.

Ainsi donc, la peau, chez les aliénés, peut être sujette à des anomalies physiques de toutes espèces ; et ces altérations se manifestent aux yeux sous les formes les plus diverses : macules, rugosités, tumeurs, exfoliation, desquamation, plicatures, excoriations, éruptions variées, fissures, extravasations, atrophie, hypertrophie, etc., sont autant d'états morbides qui peuvent affecter le système cutané dans l'aliénation mentale !

Si, en effet, nous passions en revue tous les aliénés qui composent la population d'un asile, il y en aurait bien peu, à notre avis, dont l'enveloppe cutanée ne présentât point une anomalie quelconque, ou une manifestation herpétique, visibles parfois, il est vrai, pour l'œil seul de l'observateur.

La peau peut ne pas présenter de maladie apparente ; mais l'absence d'un exanthème, ou de toute autre altération, ne suffit pas pour faire rejeter l'existence de l'affection cutanée. Cette dernière, en effet, peut parfaitement exister à l'état latent; mais, pour un observateur attentif, elle dévoile sa présence par des phénomènes particuliers, par des accidents spéciaux qui ne trompent point. Quelquefois,

(1) Nous avons vu, chez un paralysé général, un cas de nigritie véritable, siégeant aux paupières, sur le nez et sur une partie des joues. (A. F.)

il y a seulement pour tout symptôme une sensation de démangeaison ou de cuisson; sensation qui acquiert parfois une très-grande intensité, devient insupportable et atroce, et constitue un véritable supplice pour les malades, surtout pendant la nuit. On voit bien les aliénés porter constamment les mains à la partie affectée, et se gratter avec persistance, souvent même avec fureur ; mais on n'aperçoit aucune trace d'herpétisme : le passage des ongles seul reste empreint sur la peau. Souvent les démangeaisons sont généralisées sur la surface de l'enveloppe cutanée ; parfois aussi elles adoptent un lieu d'élection, et se localisent dans des régions spéciales; comme, par exemple, à l'anus et aux parties génitales.

Les fonctions physiologiques de la peau, dans l'aliénation mentale, subissent aussi des altérations très-fréquentes, et souvent très-graves.

Au toucher, elle est tantôt sèche et aride, rude et rugueuse, dans la manie, par exemple; on constate alors une élévation plus ou moins variable de la température. Chez d'autres malades, au contraire, la peau est molle et visqueuse, humide et froide; il y a abaissement manifeste de température. Ces derniers phénomènes se rencontrent surtout dans certaines formes et à certaines périodes de la paralysie générale, dans la stupeur lypémaniaque, et chez les aliénés lymphatiques et scrofuleux. Dans la folie, la sensibilité cutanée est plus ou moins altérée et pervertie; elle peut être diminuée, exagérée ou complétement abolie.

Certaines catégories d'aliénés supportent impunément le chaud, le froid, les diverses intempéries des saisons, et paraissent insensibles aux impressions variées de la température. D'autres, au contraire, ont l'organe cutané très-sensible aux nombreuses variations atmosphériques.

Les uns se montrent complétement indifférents aux températures les plus élevées, et ne semblent nullement souffrir

de rester longtemps exposés aux ardeurs d'un soleil de cinquante degrés et plus ; les autres affrontent le froid le plus rigoureux et se roulent dans la neige, ou se plongent avec délices dans de l'eau glacée. On dirait, dans certains cas de folie, qu'une chaleur et qu'une ardeur insupportables de la peau font rechercher aux aliénés, par une sorte d'instinct, une sensation de fraîcheur nécessaire pour calmer leurs tourments. Aussi, les voyons-nous se mettre nus et s'étendre sur les dalles humides et froides, sortir de leurs lits, et se coucher sur les parquets de leurs dortoirs. En dehors des autres causes, telles que fausses sensations, délire, hallucinations, illusions, etc., il faut aussi rapporter l'existence de phénomènes semblables, chez les aliénés, à l'anesthésie, à l'analgésie et à la thermo - anesthésie. — « La diminution ou la suppression totale de la sensibilité de la peau aux impressions de la température et à la douleur n'est pas très-fréquente, dit Griesinger; encore moins est-elle un fait général chez les fous (1). » Nous nous sommes aperçu cependant que l'anesthésie n'est pas rare, chez les aliénés ; mais l'analgésie, ou insensibilité à la douleur, est plus fréquente. D'après Marcé, certains maniaques sont absolument anesthésiés. Selon cet auteur, l'analgésie siége de préférence sur la face postérieure des avant-bras, à la nuque et à l'épigastre. M. le docteur Auzouy signale que plus de la moitié des aliénés, dans son service, à l'asile de Maréville, présentait à différents degrés l'analgésie de l'organe cutané (2). Nous nous sommes assuré nous-même que la sensibilité de la peau est souvent très-obtuse, et parfois complétement abolie, dans l'aliénation mentale. Les tortures volontaires que supportent les aliénés, nous offrent chaque jour des exemples remaquables de cet état pathologique du

(1) W. Griesinger. *Maladies mentales.* Page 93.

(2) Dr Auzouy. *Des troubles fonctionnels de la peau, et de l'emploi de l'électricité, dans l'aliénation mentale.* 1859.

système cutané. Pour ne citer qu'un fait, nous avons vu un paralysé général qu'on venait de raser, et qui, sous le prétexte d'aller à la recherche de sa barbe cachée, disait-il, par la peau du visage, se faisait d'horribles lacérations avec un clou qui lui était tombé sous la main. Il ne paraissait nullement souffrir de ces mutilations volontaires.

L'insensibilité cutanée est élevée à son maximum dans l'extase, chez certains onanistes, ainsi que chez les monomaniaques, les hystériques avec accès cataleptiques (surtout à la plante des pieds), les paralysés généraux et les mélancoliques avec stupeur. « Dans certains cas, chez ces derniers malades, dit le docteur Cullerre, l'insensibilité est si complète, que les excitations les plus vives restent sans effet. On peut pincer, piquer, brûler la peau sans que le moindre mouvement vienne vous avertir que le patient a souffert ou seulement senti (1). »

D'après M. Auzouy, les aliénés gâteux seraient tous plus ou moins anesthésiques; et lorsque la sensibilité cutanée vient à renaître, ils cesseraient de gâter. Nous ne saurions nous prononcer complétement à cet égard, n'ayant pas encore pu corroborer ce fait par des observations assez concluantes.

L'analgésie existe le plus souvent sans que la sensibilité tactile ait disparu ; et les impressions du tact, de la température et de la douleur peuvent exister simultanément, ou être indépendantes les unes des autres. Il n'est pas rare de voir une sensation l'emporter sur l'autre, et de rencontrer des malades, atteints de manie aiguë ou de paralysie générale, par exemple, se gratter avec fureur, s'écorcher la peau d'une façon hideuse, mettre dans leurs plaies vives des corps étrangers, et n'accuser aucune douleur. Quelque soin que vous preniez pour les maintenir, ils cherchent à s'écorcher et à se mutiler quand même. Il faut attribuer ce phé-

(1) Dr Cullerre, *ouvrage cité*.

nomène à ce que, chez ces aliénés, la sensation de démangeaison subsiste encore, bien qu'ils ne sentent pas la douleur que devraient leur causer ces écorchures.

Nous avons aussi rencontré des cas où la perception de l'impression de chatouillement, ce que Gubler appelle pallesthésie, existait à l'exclusion des notions du contact et de la douleur. Il nous souvient d'un paralysé général, auquel on faisait une opération, et qui nous disait, au moment où le couteau sectionnait les téguments, qu'il éprouvait une sensation de chatouillement.

Dans certaines variétés d'aliénation, d'après quelques auteurs, l'anesthésie peut occuper toute la surface cutanée, ou bien, elle peut être localisée, ou n'occuper qu'une moitié du corps. Dans ce dernier cas, c'est l'hémianesthésie. L'anesthésie et l'analgésie cutanées se localisant, des conceptions délirantes peuvent prendre naissance à la suite de ce phénomène. Combien souvent, en effet, ne voyons-nous pas des aliénés dire qu'ils n'ont plus de bras, ou que leurs jambes sont coupées; et cela, parce qu'ils ne sentent pas les impressions sur ces parties de leur être?

L'hyperesthésie cutanée, d'après Falret, est très-fréquente dans l'aliénation mentale. Cependant nous l'avons rencontrée beaucoup plus rarement que l'anesthésie. Lorsqu'elle existe, elle est, en général, très-exaltée, et les douleurs sont très-vivement ressenties par les aliénés. On la constate surtout chez les maniaques et les mélancoliques hallucinés. Tel malade, par exemple, sent à chaque instant des courants électriques très-intenses que des ennemis lui appliquent sur maintes parties de l'enveloppe cutanée; tel autre se plaint constamment de piqûres d'aiguilles sur la peau, qui le font horriblement souffrir; chez un autre, le simple contact de la main, ou le frôlement seul des poils, sur certaines parties de l'organe tégumentaire, lui font pousser des hurlements de douleur comme si on le touchait avec un fer rouge. On s'aperçoit que ces hyperesthésiés éprouvent réellement les

douleurs qu'ils vous dépeignent, par les contractions des muscles de leur visage, le jeu et l'expression de leur physionomie, et par la vérité et la vivacité qu'ils mettent dans la description de leurs tourments.

«... La mort approche à pas de géant, disait, dans une lettre, l'un de ces malheureux malades... Hélas! hélas!... quatre fois hélas! on m'a coupé la peau du cou avec un rasoir... La mutilation de ma figure est toujours à son comble. Chaque fois... atrocité!... Je lie... lie avec mon mouchoir. Trois nuits continues... elle a éjecté du sang noir... Et aussi cette dernière fois encore... C'est un vrai carnage depuis dix ans!... Obtenez-moi de ne plus être rasé? »

L'impressionnabilité cutanée est parfois aussi très-développée chez certains épileptiques et chez les hystériques. Elle se rencontre rarement dans la démence et chez les idiots. Dans la folie; l'hyperesthésie cutanée existe probablement pour tous les modes de sensibilité.

Les altérations du tégument externe s'étendent aussi aux muqueuses, qui ont avec cet organe une communauté d'origine et une solidarité incontestées.

Chez beaucoup d'aliénés, la peau perd sa souplesse et sa moiteur ; les ongles sont secs et friables ; les cheveux deviennent droits, secs, cassants et restent parfois complétement hérissés ; à la longue, ils prennent une couleur terne et indécise, perdent tout brillant, et blanchissent de bonne heure, en général, surtout dans la lypémanie et la paralysie générale progressive, et particulièrement chez les femmes. Les sécrétions sont altérées, le mucus nasal est diminué ou supprimé, chez les uns ; la salive est rare, et la muqueuse buccale sèche, mamelonnée, et le plus souvent couverte, par places, d'enduits de différentes natures. Chez d'autres malades, au contraire, notamment dans l'idiotie et chez les aliénés scrofuleux, il y a production exagérée de mucus nasal et de salive. Les glandes fonctionnant mal ou point

du tout, la peau se trouve frappée d'atonie, transpire difficilement, et devient impropre à l'absorption et à la respiration; elle ne ressent plus les impressions, ou les perçoit incomplétement et finit par ne plus avoir aucune force de réaction. Nous avons bien souvent remarqué que la perspiration cutanée se faisait rarement d'une façon régulière et normale chez les aliénés. Cette fonction de la peau peut être ralentie, supprimée complétement dans certaines régions, ou considérablement augmentée. Si elle augmente médiocrement, l'enveloppe cutanée devient sensiblement humide : c'est la moiteur, à proprement parler; si elle progresse considérablement, c'est la sueur véritable.

Dans certaines formes d'aliénation, chez les idiots notamment, ainsi que chez les aliénés scrofuleux, la peau est presque constamment lubréfiée par une transpiration habituelle. Les sueurs, chez les fous, peuvent être un symptôme de maladie ; elles peuvent être aussi générales ou partielles; n'occuper qu'une certaine partie du corps, ou même une région déterminée d'un membre.

Relativement à la quantité, la sueur peut être profuse, ou être peu abondante; elle peut aussi avoir une persistance très-grande, ou n'avoir qu'une durée éphémère. Sa densité, sa couleur et sa température varient, d'après quelques auteurs, selon la forme et les diverses phases de l'aliénation mentale. L'odeur de la sueur a un caractère particulier, chez les fous : c'est une odeur à émanations spéciales, *suî generis*, pénétrante et infecte, rappelant celle des mains constamment fermées, alliée à celle de bête fauve ou de souris. Cette odeur se rencontre surtout chez les paralysés généraux et les déments confirmés. Elle s'imprègne aux vêtements, aux objets de literie, aux meubles ainsi que dans les appartements occupés par les aliénés, et elle est très-tenace malgré tous les soins de propreté. Cette odeur, dans la folie, est si caractéristique, que Burrows affirme que s'il la sentait chez une personne, il n'hésiterait pas à la dé-

clarer aliénée, quand même il n'aurait pas d'autres preuves.

Par la description que nous venons de faire, on peut se convaincre de l'aptitude réellement frappante que possède la peau, dans l'aliénation mentale, à contracter les affections les plus diverses et les plus variées.

M. le docteur Teilleux avait été vivement frappé de cette habitude de la souffrance, imposée par la folie au système cutané des malheureux affligés de cette cruelle affection. « Cet état de perturbation des fonctions de la peau, disait, en 1861, le directeur de l'asile d'Auch, n'est-il pas aussi l'un des éléments générateurs de toute la série des éruptions pustuleuses, bullaires, érythémateuses, exanthémateuses, pellagreuses, qui se présentent si fréquemment dans les asiles?

N'est-ce point encore cette perversion de fonctionnement du tégument externe, cette dérogation aux lois de la sensibilité, qui prédispose à la venue de ces nombreux abcès, de ces furoncles se succédant incessamment les uns aux autres; de ces ulcères atoniques qui se remarquent si abondamment chez nos malades (1)? »

Les formes des maladies cutanées que nous avons observées le plus fréquemment, dans la folie, sont le furoncle, l'anthrax, les plaques érythémateuses, l'herpès, le pityriasis, l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis, le pemphigus, l'ecthyma, l'érysipèle et les différentes variétés d'acné.

L'impétigo et l'eczéma pullulent, chez les aliénés, ainsi que l'acné et le furoncle. Le pityriasis est aussi très-fréquent, de même que l'herpès.

Depuis que nous sommes dans les asiles, nous n'avons vu qu'un seul cas d'ichthyose; nous en dirons autant de

(1) Dr Teilleux — Rapport sur la situation morale, administrative et médicale de l'asile public d'aliénés du Gers, 1861.

l'éléphantiasis des Arabes, que nous avons rencontré une fois seulement.

Les aliénés sont très-sujets aux érysipèles. En réfléchissant, nous pouvons avancer que beaucoup de causes militent, chez ces malades, en faveur de cette affection.

La prédisposition individuelle, le lymphatisme et la scrofule; l'affaiblissement général de l'organisme, l'encombrement et la constitution médicale; le défaut de nutrition de la peau et ses aptitudes pathologiques, chez les fous; les excoriations, les plaies et les affections cutanées de toutes espèces, sont autant d'états morbides qui concourent à faire subir à ces individus les atteintes de l'inflammation érysipélateuse. Pour notre part, nous en avons déjà vu beaucoup d'exemples depuis que nous vivons parmi les aliénés. Nous avons remarqué que la maladie met relativement un laps de temps assez long pour parcourir son évolution complète. Chez les personnes saines d'esprit, les sujets jeunes et vigoureux sont plus généralement exposés à être plus rapidement infectés par l'érysipèle. Nous rapprocherions volontiers les aliénés des vieillards, sous ce rapport; chez eux, en effet, comme chez ces derniers, les fonctions de la peau sont troublées et ralenties; il y a défaut d'innervation, de circulation et de nutrition, et ils absorbent moins facilement les principes morbifiques. L'érysipèle peut juger la folie: nous avons eu sous les yeux un exemple remarquable de l'influence de cette maladie sur l'amélioration de l'état mental, chez une maniaque.

Le pemphigus se voit assez souvent, chez les fous :

La rapidité avec laquelle se développent les bulles est extrêmement remarquable. Comme nous l'avons dit plus haut, cette maladie cutanée se rencontre surtout dans la paralysie générale et dans les cas aigus d'aliénation; seulement, nous ferons observer qu'elle ne se comporte pas de la même façon dans ces deux variétés d'affections mentales. Dans la deuxième forme, nous avons remarqué, en

effet, que la naissance de ces bulles pemphigoïdes coïncidait souvent avec la période de guérison de l'accès de folie. Ce serait donc un bon signe, qui quelquefois pourrait venir en aide pour le diagnostic et le pronostic des maladies mentales. De plus, dans l'espèce, l'affection cutanée ne présente rien de particulier dans sa marche et dans sa terminaison. Au contraire, chez les paralysés généraux, l'apparition de cet état morbide est le plus souvent un indice fâcheux.

En effet, il arrive fréquemment que le liquide contenu dans les phlyctènes se change en pus véritable; en outre, il se forme, à leur suite, des plaies qui sont parfois le point de départ de vastes foyers de suppuration; et nous avons même vu, assez souvent, des plaques et des escharres gangreneuses être la conséquence funeste de ces accidents cutanés. Bien qu'on ne constate, en général, aucun symptôme inflammatoire, ces malheureux malades maigrissent et s'épuisent vite, deviennent la proie d'une émaciation profonde, et tombent dans le marasme qui les emporte en très-peu de temps.

Nous avons déjà mentionné que la sécrétion de la sueur, chez les aliénés, pouvait subir des modifications diverses et variées : nous avons eu l'occasion de voir quelques cas de l'affection singulière connue sous le nom d'hyperhidrosis. Dans cet état morbide, que nous avons vu siéger principalement aux organes de la préhension, la paume des deux mains et la face palmaire des doigts deviennent le lieu d'élection d'une exfoliation épidermique remarquable, et sont, dans certains endroits, presque complétement dénudés.

Là où les téguments existent encore, l'épiderme se présente sous l'aspect de petites plaques blanchâtres, irrégulières, plus ou moins opaques et épaissies, et rappelant d'apparence de la peau lavée. Ces petits lambeaux d'épiderme tiennent à la couche profonde par quelques points

de leur pourtour ; ils sont ramollis, et se détachent facilement en morceaux se déchirant comme lorsqu'on sort d'un bain chaud. Dans d'autres parties, où l'épiderme a déjà été enlevé, on voit que ce dernier organe se reforme de nouveau, ayant l'apparence d'une pellicule mince, membraneuse, et appliquée sur les surfaces d'une façon intime et continue. Dans les endroits mis à nu, on aperçoit le derme rose ou rougeâtre, laissant suinter, à travers ses stries ou sillons, de petites gouttelettes microscopiques, claires et brillantes, semblables à de petites perles, et émanant des glandes sudoripares. Dans les régions où l'exsudation est plus considérable, comme au bout des doigts, par exemple, les tissus sont plus rouges, et se couvrent d'une membrane fine, ressemblant à une pelure d'oignon, légèrement plissée dans le sens longitudinal, peu ferme, et parsemée elle-même de petites pellicules qui s'exfolient avant d'avoir eu le temps de prendre une épaisseur normale.

En regardant attentivement avec la loupe, on voit, sur certains points, des petites élevures qui soulèvent l'épiderme, semblables à de petites vésicules blanchâtres, brillantes, ayant l'apparence de sudamina, et qui contiennent un liquide clair et séreux. Elles sont par places, six ou huit ensemble, et siégent surtout entre les espaces interdigitaux, aux plis articulaires des phalanges, ainsi que dans le sillon qui contourne l'éminence thénar. La tendreté du tégument externe devient extrême; le tact est altéré et vicié; et il se déclare une hyperesthésie extrêmement pénible et douloureuse.

Les aliénés atteints de cette affection se plaignent de picotements, de démangeaisons et de prurit insupportables, rappelant la sensation cuisante de la brûlure.

Le plus souvent, il leur est impossible de travailler et de se livrer à leurs occupations ordinaires, les douleurs s'exaspérant lorsqu'ils touchent quoi que ce soit. Ils ne peuvent non plus supporter le contact de l'eau chaude

ni d'aucun corps dégageant du calorique. L'eau froide seule, disent ces malheureux, adoucit leurs souffrances. Cette affection curieuse disparaît vers le commencement de l'hiver, pour revenir avec les grandes chaleurs. Elle peut être très-tenace et très-rebelle, et persister ainsi pendant de longues années.

Les aliénés atteints le plus ordinairement d'altérations et de maladies du système cutané, sont surtout les maniaques, les lypémaniaques, les déments et les paralysés généraux. On ne peut pas dire qu'il y ait une forme d'aliénation qui ne soit pas en butte aux atteintes de cet état cachectique.

Nous ne voulons pas terminer ces considérations générales, sans parler de l'aspect singulier que revêtent le plus souvent les lésions nombreuses et variées du tégument externe, auxquelles les fous sont bien plus sujets et plus exposés que les autres personnes.

Combien de fois n'avons-nous pas été frappé de la rapidité avec laquelle une simple contusion, une piqûre superficielle, ou une plaie légère de l'enveloppe cutanée changeaient d'apparence, pour prendre une forme morbide tout autre que celle de la maladie primitive, et souvent de nature essentiellement différente?

La moindre érosion épidermique peut être parfois le point de départ d'une affection très-grave et de très-longue durée.

Quelquefois même un simple attouchement, un nettoyage ordinaire comportant le plus léger frottement de la peau, sont la cause d'une transsudation sanguine souvent très-rebelle, et très-difficile à réprimer.

La peau qui avoisine les régions malades change de couleur et d'aspect, et prend, en général, beaucoup plus d'épaisseur; les bords de la lésion deviennent irréguliers et taillés à pic; des tissus de nouvelle formation naissent et se développent avec beaucoup de rapidité; des corps

semblables à de petits bourbillons émanent des surfaces malades, et l'apparence générale de la maladie revêt la forme anthracoïde.

La guérison se fait attendre pendant des mois entiers; et la persistance désespérante de l'affection épuise l'arsenal pharmaceutique, et met aux abois la thérapeutique la plus appropriée et la mieux entendue.

Tellement l'organisme tout entier est miné profondément par cette terrible maladie qu'on appelle l'aliénation mentale!

(*La fin au prochain numéro.*)

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DE GUÉRARD NICOLAS

ACCUSÉ DE VOL, D'OUTRAGES A UN AGENT DE LA FORCE PUBLIQUE ET DE PORT D'ARME PROHIBÉE.

Alcoolisme avec idées de persécution et commencement de démence, — Ordonnance de non-lieu.

Par MM. les Drs SISTERAY et DELAPORTE
Médecins en chef de l'asile d'aliénés de Maréville.

Nous soussignés, docteurs en médecine de la faculté de Paris, médecins en chef de l'asile de Maréville, désignés par M. le juge d'instruction près le tribunal de Nancy à l'effet d'examiner l'état mental de Guérard, Airy-Nicolas, avons procédé à cet examen, consulté les pièces du dossier, pris tous les renseignements qui nous ont paru de nature à établir notre conviction, puis rédigé le présent rapport.

I. — EXPOSÉ DES FAITS.

L'entrepreneur de la coupe en exploitation de Viéville-en-Haye se plaignit qu'un vol avait été commis dans ladite coupe. Le garde forestier procéda alors à des recherches, et il reconnut dans un affouage du sieur Guérard une perche de 30 centimètres à un mètre du sol et paraissant provenir de la coupe adjugée à l'entrepreneur; puis, dans un autre affouage du même Guérard, une seconde perche également de tremble, et provenant encore de la même

source : les deux perches étant estimées chacune à un franc.

Ceci se passait le 30 janvier 1874. Quatre jours après, le 3 février, Guérard s'avance vers le garde forestier, et lui demande s'il est vrai qu'il a dressé procès-verbal pour vol des deux perches trouvées dans ses affouages. Sur la réponse affirmative de l'agent, Guérard lui reproche d'être animé de mauvais vouloir à son égard, et, après une courte discussion, le couche en joue avec un revolver. Le garde s'éloigne de dix mètres, se retourne, déclare à Guérard qu'il va lui dresser un second procès-verbal pour menace à main armée, et s'éloigne de nouveau.

Arrivé à environ cinquante mètres de distance de Guérard, cet agent entend une détonation d'arme à feu, et, comme il se savait hors de danger, il supposa que l'inculpé avait tourné l'arme contre lui-même.

Le 9 février, l'inspecteur des forêts adresse les deux procès-verbaux au procureur de la République de Toul, lequel prescrit une information, et l'arrestation de Guérard, puis son admission à Maréville, pour qu'il y fût observé au point de vue de son état mental.

II. — COMMÉMORATIFS.

Des pièces mêmes du dossier, il résulte que Guérard se livrait fréquemment à des excès de boisson, qu'il était avare, que son caractère était sombre et peu communicatif, que sa conduite n'avait jusque-là donné lieu à aucune plainte, quoiqu'il passât pour un bribeur d'oiseaux et pour un tendeur de lacets ; que sa probité et ses mœurs étaient assez bonnes ; que sa famille renfermait un certain nombre d'aliénés, ou, du moins, d'individus considérés comme tels. C'est ainsi que son frère Norbert se livre à des excursions sans but, à des extravagances de langage, et aussi, à la moindre contrariété, à des emportements violents. Un de ses cousins, Charles Guérard s'est donné la mort par stran-

gulation en 1861, dans son domicile de Viéville ; un neveu, du nom de Élophe Guérard, a été trouvé noyé dans le rupt de Madt, et cette mort fut généralement attribuée à un suicide, ainsi qu'il résulterait d'un procès-verbal dressé en 1865 ; un autre de ses neveux, le nommé Jules-Nicoles, Guérard, mourut en 1861, à l'âge de 18 ans, dans un état d'idiotisme complet. Enfin la nommée Marie-Adeline Guérard, morte en 1872, à l'âge de 24 ans, était aussi une nièce de l'inculpé et son état mental ressemblait beaucoup à celui de son cousin Jules-Nicolas, dont nous venons de parler.

III. — EXAMEN DIRECT.

A son arrivée à Maréville, Guérard nous a présenté tous les symptômes d'un homme habitué à boire avec excès ; un tremblement de la langue assez sensible, mais surtout un tremblement général des mains, qui nous a permis de diagnostiquer immédiatement un alcoolisé. Il souffre de la tête parfois, et s'il n'éprouve pas des troubles marqués dans la vision, il existe chez lui une pusillanimité de caractère qui indique une tendance à la démence. Nous observons aussi quelques idées de persécutions qui exigent une attention soutenue et une investigation patiente avant d'être découvertes. Du reste il raisonne assez juste et rend assez bien compte des divers faits qui lui sont reprochés, quoique sa version ne soit pas en tout conforme aux divers témoignages que renferme le dossier.

IV. — DISCUSSION.

Si nous réfléchissons mûrement aux diverses circonstances qui ont accompagné ou précédé les faits reprochés à Guérard, nous pouvons nous en rendre compte jusqu'à un certain point.

Le point de départ de tous ces faits est le plus difficile à justifier ; nous voulons parler du vol des deux perches.

Aussi nous ne nous y arrêterons pas pour le moment et nous passerons de suite au fait d'outrages à un agent de l'autorité et à celui de port d'arme prohibée.

Dépourvu d'énergie dans le caractère, ainsi que nous l'avons déjà dit, Guérard apprend qu'un procès-verbal a été réellement dressé contre lui pour vol et, c'est lui-même qui l'avoue, il se met à boire plus que de coutume, comme cela lui arrivait toutes les fois qu'il éprouvait une vive contrariété. Quand il eut absorbé une certaine quantité de liquide, l'accusation qui pesait sur lui se représenta naturellement à son esprit, et il est évident que les fumées du vin ne lui permirent pas d'apprécier sainement la conduite qui convenait le mieux aux circonstances dans lesquelles il se trouvait. Alors, armé de son revolver, il marche à l'aventure et rencontre le garde ; peut-être même va-t-il à sa recherche avec la pensée de l'intimider, et dans l'espoir chimérique d'arrêter les effets d'une déclaration qui l'atteint dans son honneur, ou même encore plus, de tirer vengeance de cette déclaration.

Nous croyons d'abord que le port de cette arme n'indique pas chez Guérard une préméditation marquée, parce que cet homme avait l'habitude de s'en munir dans toutes les courses qu'il faisait aux environs pour ses affaires. Bien plus, aux termes de la feuille de renseignements que fournit le garde forestier à l'occasion du premier procès-verbal, Guérard était toujours porteur d'un revolver.

Cette habitude n'indique-t-elle pas, quand elle est poussée à ce point, des appréhensions que n'éprouve pas d'ordinaire un homme de son âge, de sa condition, et de sa nature ? Si nous acceptons que l'on se munisse d'une arme quand on s'éloigne sensiblement de son habitation et surtout quand on a, ou, du moins, quand on peut passer pour avoir sur soi des valeurs, si peu importantes qu'elles puissent être, nous ne comprenons guère qu'un revolver soit continuellement dans la poche d'un cultivateur raisonnable.

Il nous semble qu'il y a dans ce fait, l'indice d'un dérangement d'esprit plus ou moins prononcé.

Ce trouble intellectuel peut se traduire de deux façons très-différentes : soit par une exaltation manifeste à peu près continue dans les paroles et dans les actes ; soit au contraire, par un extérieur parfaitement calme, mais accompagné de quelques signes indiquant un caractère faible, triste, taciturne, même sombre, etc..., depuis l'évidence la plus marquée pour une personne peu exercée, jusqu'au degré le moins sensible, si bien qu'il faut quelquefois une grande habitude de ces maladies pour en reconnaître l'existence.

C'est dans ce dernier cas que se trouvait Guérard ; cet homme, en effet, restait depuis quelque temps renfermé chez lui, évitait la société pour n'avoir pas l'occasion de succomber à la tentation de boire et pour ne pas être l'objet des railleries qu'il croyait lui être adressées par un grand nombre de personnes. Ces idées de persécutions se manifestent clairement dans son apostrophe au garde forestier, lorsqu'il lui dit qu'il passait pour le bouffon à Viéville. Son éloignement du pays immédiatement après son altercation avec le garde et son retour au bout de deux jours, n'indiquent-ils pas aussi une indécision évidente dans le caractère ?

Il n'est donc pas étonnant que Guérard s'impatiente de ces railleries, et l'agent forestier devait naturellement être le premier objet de sa colère, parce qu'il le surveillait particulièrement, et parce que, d'ailleurs, il venait d'exercer contre l'inculpé un acte qui devait augmenter les raisons que l'on avait déjà de le bafouer. Mais au moment de se venger, le cœur lui manque par suite de cette pusillanimité dont nous avons parlé, ou, peut-être encore, l'acte qu'il va commettre lui apparaît-il dans toute son horreur, et il baisse son arme. Enfin n'aurait-il pas compris qu'il a été sur le point de se rendre criminel, et n'a-t-il pas voulu s'enlever à lui-même la possibilité de retomber dans le même égarement, en tirant sans but le seul coup qui fût chargé.

La soustraction des deux perches peut-elle s'interpréter comme une conséquence du même état de débilité intellectuelle? Sans oser l'affirmer positivement, nous avons quelques tendances à l'admettre.

Cet homme chez qui le sentiment de la propriété était très-développé, puisqu'il a une réputation d'avarice reconnue ainsi qu'il résulte des pièces du dossier, a cru facilement pouvoir cacher dans sa part de bois deux perches qui lui convenaient, et qu'il était, paraît-il, engagé à prendre par l'un des ouvriers de l'entrepreneur. Peut-être même que d'autres comptant sur sa faiblesse d'esprit, avaient cru devoir l'exciter en lui affirmant que ce fait ne serait pas le premier, et alors il sera arrivé ce qui arrive tous les jours dans des cas pareils, le sens moral, oblitéré par l'intérêt, ne lui a pas fait considérer cet acte à son véritable point de vue, et ce n'est qu'après la constation du fait que toute sa valeur se sera manifestée à son esprit.

Ne voyons-nous pas tous les jours parmi nos malades le délire le plus intense se donner carrière tant qu'une émotion nouvelle ne vient pas attirer leur attention, et cesser immédiatement dès qu'un fait extraordinaire vient se produire devant eux ? Et puis qui sait si Guérard n'avait pas bu lorsqu'il a accompli le vol de ces perches ? Non pas que nous voulions invoquer ce fait comme une excuse ! Nous l'admettrions plutôt comme une circonstance aggravante, si cet homme ne se trouvait pas sous l'empire d'une hérédité morbide qui exerce une prépondérance incontestable sur les divers phénomènes de son entendement, soit pour les développer, soit pour les arrêter. Si donc nous invoquons cette circonstance à la décharge de Guérard, ce ne peut être qu'avec l'intention de présenter l'ensemble complet des considérations que nous a fournies l'étude de cette affaire.

V. — CONCLUSIONS.

En résumé nous sommes d'avis :

1° Que Guérard est sous l'influence d'une hérédité morbide qui lui enlève la force morale nécessaire pour résister énergiquement aux divers penchants qu'il éprouve ;

2° Que l'absence de cette force morale l'a livré depuis longtemps à l'habitude de boire en trop grande quantité des liqueurs aloooliques ;

3° Que l'habitude de boire s'ajoutant à l'hérédité morbide, il s'est produit chez lui un commencement de démence caractérisée par la pusillanimité dans le caractère et par des idées de persécutions encore peu prononcées, mais qui n'en sont pas moins réelles ;

4° Que cet état de démence, cette pusillanimité et ces idées de persécutions lui ont enlevé la saine appréciation de ses actes et l'ont poussé à des faits répréhensibles ;

5° Que le vol des deux perches peut rentrer jusqu'à un certain point dans la catégorie des actes accomplis sans une conscience bien nette de leur valeur ;

6° Que la démence de Guérard ne peut que s'accroître avec le temps, parce qu'elle est le résultat des excès alcooliques qu'il a commis sous l'empire d'une prédisposition héréditaire ;

7° Que le seul moyen de retarder ce développement serait de mettre l'inculpé dans l'impossibilité de retomber dans les mêmes écarts de régime.

Maréville, le 7 juillet 1874.

Le rapporteur,

Dr Delaporte. Dr Sisteray.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue à la suite de ce rapport et Guérard remis à sa famille qui se charge de veiller sur lui.

LÉGISLATION.

DES

SORTIES A TITRE D'ESSAI

Par M. le Dr AUZOUY

Directeur-médecin de l'asile de Pau.

L'article 13 de la loi du 30 juin 1838 dispose que « toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré que la guérison est obtenue ». Mais dans la pratique quotidienne, il survient des cas nombreux où il y a convenance, quelquefois même nécessité, de faire sortir des aliénés dont le médecin ne peut garantir la guérison, ni la déclarer officiellement. Ce sont ces cas qui réclameraient pour les directeurs des asiles, le droit d'accorder des mises en liberté provisoires, avec faculté d'admettre de nouveau les malades rechutés, sans formalités, si, dans un délai que l'on peut raisonnablement fixer à trois mois, il survient de nouvelles crises délirantes. La loi étant restée muette à l'égard de ce genre d'essai, il n'y a jusqu'ici d'autre alternative que d'attendre, pour faire sortir les malades d'un asile, le moment où les médecins déclarent leur guérison, ou de s'exposer, en les faisant sortir prématurément, à encourir une responsabilité souvent fort grave, en cas de rechute prochaine.

Consulté naguère, par un de nos plus honorables collègues, sur ce qui se pratique à l'asile de Pau, au sujet des sorties à titre d'essai, et au sujet des congés ou permissions accor-

dés aux aliénés, j'ai formulé ainsi qu'il suit la pratique adoptée à l'asile Saint-Luc :

Il y a longtemps que les médecins des asiles d'aliénés éclament l'autorisation de faire sortir à titre d'essai ceux de leurs malades dont la guérison est apparente, mais n'est pas cependant assez sûre pour qu'on puisse la certifier et provoquer une sortie définitive. M. le Dr Dagonet dans son livre, plusieurs autres de nos collègues, et moi-même, dans nos rapports, avons demandé l'autorisation d'accorder des sorties à titre d'essai, permettant la réintégration immédiate, et sans formalité, du malade chez lequel une nouvelle crise se manifesterait dans le trimestre qui suit sa mise en liberté.

Je dois avouer que l'administration préfectorale s'est jusqu'ici refusée à entrer dans cette voie, objectant qu'aucune réadmission ne peut avoir lieu sans son intervention, que toute sortie provoquée par le médecin est aussitôt ordonnée par l'administration, mais, que si l'essai n'est point favorable, elle veut en demeurer juge, et conserver intact le droit que lui donne la loi du 30 juin 1838, de statuer sur toutes les admissions d'office.

Il n'y a donc jamais eu, à l'asile de Pau, de sortie *à titre d'essai* chez les aliénés au compte du département. Je me sers assez souvent des termes qui précèdent dans mes certificats à fin de sortie, lorsque celle-ci s'applique à des malades dont la guérison me laisse des doutes sur sa durée, car il est des circonstances qui parfois commandent des sorties même prématurées. Il faut bien alors que le médecin sauvegarde sa responsabilité et c'est ce que je fais, en proposant au préfet d'autoriser l'essai d'une sortie précoce. La sortie a lieu alors en vertu d'un arrêté préfectoral, comme une sortie ordinaire, et la réintégration ne s'opère jamais qu'en vertu d'un nouvel arrêté de placement.

En ce qui touche les permissions de sortie, nous avons l'art. 147 du règlement qui les autorise, à la condition que

le malade sera accompagné « soit d'un infirmier, soit d'un parent ou d'un ami, qui prend la responsabilité de sa surveillance au seuil de l'établissement ». La durée de ces sorties n'étant pas limitée par le règlement, il m'est arrivé très-exceptionnellement d'accorder la permission de découcher. Mais ce n'est qu'à un père, ou à un parent offrant de réelles garanties, que je consentirais à confier un malade plus de vting-quatre heures. Ce cas, du reste, ne s'est présenté que très-rarement, et les malades n'ont pas figuré comme absents sur nos registres. Pour ce genre d'absences, qui n'ont jamais dépassé trois jours, je n'ai pas cru qu'il y eût lieu d'opérer une déduction sur nos décomptes. Les malades continuent d'être censés présents à l'asile, sans cela, les formalités administratives rendraient très-difficile l'octroi de ces permissions.

Il en est autrement dans le cas d'évasion suivie de réintégration. Alors les journées d'absence sont déduites de nos décomptes, parce que le préfet est immédiatement informé de l'évasion, comme il l'est de la réintégration, lorsqu'elle a lieu. D'ailleurs, un malade évadé n'est considéré comme réintégré, que si sa rentrée a lieu dans la quinzaine qui suit l'évasion. Passé ce délai, il y aurait lieu à un nouvel arrêté préfectoral, On considère alors le retour de l'aliéné comme constituant un nouveau placement, le délai de quinzaine, analogue à celui prescrit par l'art. 11 de la loi de 1838, pour le deuxième certificat destiné à constater l'état mental étant expiré. Or, un nouveau placement d'office ne peut avoir lieu sans l'ordre de l'autorité.

Il est évident, en effet, qu'en quinze jours l'état mental d'un malade peut s'être notablement modifié, et permettre à l'évadé de rester sans inconvénient dans ses foyers.

Enfin, pour ce qui est des malades sortant seuls, nous en avons cinq ou six à l'égard desquels il s'est établi une tolérance habituelle. Je sais bien que c'est sous ma responsabilité, mais jusqu'ici ils ne l'ont pas compromise.

Les divers fonctionnaires ou employés de l'asile sont servis par des malades inoffensifs qui tiennent beaucoup à cette marque de confiance, qui leur vaut une amélioration de régime, une liberté surveillée, quelques aubaines et certains priviléges. C'est là une tolérance et non un abus; je l'ai vu pratiquer ainsi dans tous les asiles où mes fonctions m'ont appelé. Dans tous, les médecins, le receveur-économe, les employés, les internes, etc., ont des aliénés qui aident au ménage et font leurs commissions. On les choisit *ad hoc* parmi les aliénés inoffensifs ou convalescents. Il serait plus rigoureux encore pour ces malades, que pour les personnes auxquelles ils rendent de petits services, de leur interdire cette intervention et ces petites privautés, qui, loin d'entraver leur traitement, le favorisent, au contraire, en les replaçant jusqu'à un certain point, dans le milieu social.

L'administration supérieure ne l'ignore pas; cependant elle n'en est pas avisée officiellement. Il vaut mieux demeurer à cet égard dans le domaine purement gracieux, et faire en cela de l'administration tutélaire et paternelle, dont employés et malades n'ont qu'à se féliciter. La bonne harmonie intérieure y gagne beaucoup.

Il est néanmoins une catégorie d'aliénés chez laquelle les sorties à titre d'essai ont pu largement être expérimentées : celle des malades admis par placement volontaire, au compte de leurs familles. Chez ceux-là, la sortie est toujours immédiate et s'opère, sans formalités, dès qu'une simple amélioration décide leur famille à les réclamer à titre d'essai. A moins d'un état délirant tellement intense, qu'il risque de compromettre gravement la sécurité publique, les malades sont rendus à leurs familles instantanément, et à leur première réquisition. A la suite de sorties aussi facilement obtenues, les rechutes sont malheureusement fréquentes.

Les tentatives de mise en liberté précoce sont souvent suivies de promptes réintégrations. Mais celles-ci ne peuvent toutefois, s'opérer sans recourir de nouveau aux formalités

prescrites par la loi de 1838, savoir : une nouvelle demande et un nouveau certificat médical attestant la nécessité de la réadmission.

En présence des attaques dont la loi sur les aliénés a été l'objet, on ne saurait trop rigoureusement en observer toutes les prescriptions.

Dans les asiles dont la direction n'est pas confiée aux médecins, ces diverses questions deviennent plus particulièrement délicates. Telles sorties, prescrites par les médecins à titre de distraction, de promenade ou de permission, se sont vues quelquefois refusées par des directeurs craignant de compromettre leur responsabilité, au point de vue de la garde des malades. La limite exacte entre la police de l'établissement, domaine du directeur, et la police personnelle des aliénés, domaine du médecin, est souvent très-difficile à déterminer, et, malgré les précisions du règlement, il surgit encore parfois des conflits d'attributions à ce sujet. Mais il est un terrain sur lequel il est toujours facile de s'entendre, quand on apporte dans ces questions un désir habituel et réciproque de conciliation, c'est le terrain exclusif des intérêts du malade, et du traitement de l'aliénation mentale. Des fonctionnaires animés d'un bon esprit feront toujours prévaloir le bien-être des malades et l'utilité de favoriser leur convalescence, sur de vaines questions d'amour-propre ou de hiérarchie mal définie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 15 novembre. — Présidence de M. Blanche.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Lunier, à la suite de la lecture du procès-verbal, donne quelques détails sur le malheureux Leprêtre. Atteint de trois balles de chassepot et d'une balle de revolver, il n'a reçu heureusement que des blessures peu profondes; sa vie n'est pas compromise. Il s'est même produit sous l'influence de la violente commotion qu'il a éprouvée une modification assez favorable dans son état mental.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. le Secrétaire général. M. E. Séguin, de New-York, nous adresse un travail sur la *Thermoscopie clinique* et *l'uniformité des moyens d'observation*; nous avons reçu également le numéro 6 du Bulletin de la Société de médecine mentale de Bruxelles, où se trouvent les félicitations adressées par le président à M. le Dr Semal, lauréat du prix Aubanel.

M. Blanche. M. Lucien Papillaud, médecin à Saujon, envoie la traduction française d'une *Etude sur l'alimentation*, par M. Lino de Macedo, médecin portugais, qui sollicite le titre de membre associé étranger. Ce travail, dont plusieurs membres de la Société ont déjà pris connaissance, ne rentre pas dans le cadre de nos études. M. le secrétaire général est chargé d'informer M. Lino de Macedo, que la Société regrette de ne pouvoir accueillir sa candidature.

Rapports de candidatures.

M. Dumesnil, au nom d'une Commission composée de MM. Lucas, Lunier et Dumesnil, lit le rapport suivant sur la candidature de M. le Dr Sizaret.

Messieurs,

M. le Dr Sizaret, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Fains, précédemment directeur-médecin des établissements de

Pontorson et de Dôle, demande à obtenir de votre bienveillance confraternelle le titre de membre correspondant de notre Société.

Chargé de vous exposer les antécédents du Dr Sizaret, aucune mission ne pouvait m'être plus agréable, ayant vu longtemps à l'œuvre, dans la Seine-Inférieure, cet honorable confrère avec lequel j'ai établi depuis cette époque des relations aussi suivies que solides.

J'ai donc à m'excuser, aussi bien à lui que près de vous, du retard que j'ai apporté à m'acquitter de ma tâche ; mon absence forcée pendant plusieurs mois, puis les vacances, est la seule cause de ce semblant de négligence.

Notre confrère a fait ses premières études médicales à l'école de Nancy dont il est lauréat, et entraîné bientôt par son goût pour la science médico-psychologique,il remplit les fonctions d'interne à l'asile de Maréville où il s'acquit l'estime et l'affection de ses chefs de service. Désormais il ne devait plus s'éloigner de cette voie.

Sa thèse inaugurale, néanmoins, ne traite pas un sujet tout à fait particulier à nos études, quoique dès cette époque il eût recueilli des faits intéressants et sérieusement observé les aliénés.

Elle n'en mérite pas moins de nous arrêter un instant ; elle fut d'ailleurs honorée d'une mention spéciale par la Faculté de Strasbourg. Elle traite réellement de l'ataxie locomotrice progressive, quoique ayant pour titre : de l'*anesthésie musculaire*.

A cette époque, au commencement de l'année 1860, cette affection était à peine connue et admise comme entité morbide particulière. Le Dr Duchenne, de Boulogne, venait seulement de publier son mémoire, et l'épreuve inaugurale en question doit être un des premiers opuscules écrits sur ce sujet.

Le Dr Sizaret y établit nettement, d'après les expériences de Claude Bernard, que la coordination des mouvements tient à la sensibilité musculaire et que celle-ci siége dans les cordons postérieurs de la moelle. Ensuite, dans le chapitre de la pathogénie et de l'anatomie pathologique il indique, comme altération propre à ce qu'il appelle l'anesthésie musculaire, l'atrophie des cordons postérieurs de la moelle. Alors, au moins, le Dr Duchenne attribuait la perte de la coordination des mouvements qui caractérise l'affection appelée par lui : *ataxie locomotrice progressive*, à une altération du cervelet.

La thèse du Dr Sizaret est du commencement de 1860,

comme je viens de le dire, et c'est en 1863 que l'Académie des sciences a décerné un prix au Dr Bourdon pour avoir décrit le premier et indiqué les altérations anatomiques réelles de l'ataxie locomotrice.

Il semble que le Dr Sizaret, qui ne songe guère, je pense, à revendiquer de priorité, avait pourtant pressenti et désigné, de fait, dès alors, les altérations anatomiques de cette maladie, puisqu'une de ses conclusions est celle-ci : « La maladie récemment décrite par le Dr Duchenne, de Boulogne, se confond avec l'anesthésie museulaire.

Mais laissons ce point, pour suivre le Dr Sizaret dans la carrière où il est définitivement entré depuis. Après être resté quelque temps aux côtés de Morel, à St-Yon, en qualité de médecin adjoint, il fut désigné au poste de médecin en chef de l'asile de Pontorson. Là il se trouva en face de difficultés de plus d'un genre, sans compter que le médecin, dans ce quartier d'hospice, outre qu'il est le préposé responsable, est aussi son propre interne, son secrétaire de bureau et un peu même son surveillant en chef. C'est dire que le Dr Sizaret a passé plusieurs années bien laborieuses et bien pénibles. Néanmoins, il est parvenu à introduire dans ce service des améliorations nombreuses dont ses malades ont largement profité, et ses excellentes qualités lui ont fait des amis de ceux-là même qui tenaient bien souvent en échec ses plans et ses propositions.

A Dôle, il a rencontré encore d'autres obstacles, et malgré tout il a beaucoup contribué à transformer pour ainsi dire ce milieu qui était considéré comme une des plus fâcheuses *renfermeries* d'aliénés et où le Dr Foville a laissé tant de bonnes créations.

Non-seulement l'attention de notre confrère saisit parfaitement l'ensemble d'un service médico-administratif, mais, de plus, aucun détail ne lui échappe, et son esprit ingénieux trouve mille combinaisons qu'il réalise avec l'aide de ses malades dont il est aimé, et sans toucher pour ainsi dire à l'économie de ses budgets.

Au milieu de tous ces embarras, je dirai même de ces luttes, le Dr Sizaret est resté médecin et a suivi avec zèle la marche de la science et les intéressants débats qui s'agitent dans cette enceinte.

Rendu à une vie un peu plus calme depuis son installation à l'asile de la Meuse, comme médecin en chef, il a pu s'occu-

per de quelques travaux dont un a été inséré tout récemment dans nos Annales : « *Des inconvénients des dents artificielles chez les aliénés* ». Un de ses rapports médico-légaux y a également trouvé place plus récemment encore.

Les conclusions de ce dernier travail, aussi sagement conçu que bien exposé, ont été du reste adoptées de point en point par le tribunal de Dôle. Il en a toujours été ainsi, chaque fois que la justice a eu recours à ses lumières et à son intervention.

Mais je m'arrête, Messieurs, ne voulant pas m'étendre davantage sur les mérites d'un médecin trop modeste, qui saura, si vous lui accordez le titre qu'il a sollicité, ajouter à un passé scientifique qu'apprécient surtout ceux qui ont été en rapports avec lui.

Permettez-moi donc d'espérer, avec les savants membres de la commission dont je suis le rapporteur, que l'estimable médecin spécialiste que j'ai appelé jusqu'ici notre confrère sera dans un instant notre collègue.

M. Motet :

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. Dagron, J. Falret et Motet, de vous rendre compte des travaux que M. le Dr Taguet vous adresse à l'appui de sa candidature. J'ai l'honneur de vous exposer, au nom de votre commission, les titres de notre honorable confrère.

M. Taguet est aujourd'hui médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard. S'il est arrivé jeune à cette situation enviée, c'est que, par son travail, par son zèle, comme interne dans ce grand établissement public, il avait conquis à la fois l'estime et l'affection de son maître, M. le Dr Dagron. Il succéda à notre regretté collègue Drouet, qu'une mort si imprévue nous a enlevé si prématurément; et s'inspirant des traditions laborieuses que lui laissait son prédécesseur, il continua de se montrer plein de dévouement et de zèle dans la situation où l'avait appelé la confiance de son maître.

Il revenait à Paris, après la guerre; et je pourrais vous dire, Messieurs, si sa modestie n'en devait pas souffrir, quels témoignages d'estime et de reconnaissance lui avaient laissés les membres du comité de secours aux blessés, et de l'ambulance de Châlons-sur-Marne. Ces considérations, Messieurs, ne vous seront pas indifférentes, elles vous révèlent le caractère, l'honorabilité parfaite de celui qui sollicite l'honneur de prendre place parmi vous.

Je dois maintenant vous parler des titres scientifiques de M. Taguet. Il a passé toute sa vie dans les hôpitaux et dans les asiles comme élève interne. Il a étudié successivement à Limoges, et Bardinet fut son maître ; à Tours, à l'Hôpital Général, il fut attaché comme interne au service de M. le Dr Danner, au quartier d'aliénés ; puis il vint à Ville-Evrard, où il fut l'interne de M. Dagron, le collaborateur et l'ami de Drouet. C'est de là, Messieurs, qu'il nous adressa un très-bon travail sur le délire des grandeurs, en dehors de la paralysie générale. Il obtenait, en 1872, le prix Esquirol, et le rapporteur faisait justement ressortir la valeur de ce mémoire, où à côté de quelques imperfections se trouvaient des qualités sérieuses. M. Taguet s'en est aperçu tout le premier, quand il put lire le remarquable travail de notre savant collègue, le Dr Ach. Foville, il le confessa humblement dans une note ; mais, s'il n'avait pas étudié son sujet avec l'ampleur de vues qui distingue l'œuvre de M. Foville, il n'y en avait pas moins un réel mérite dans les observations qui lui servaient de trame.

En 1872, M. Taguet était reçu docteur. Sa thèse inaugurale avait pour titre : *De l'influence de la menstruation sur le système nerveux*. Le sujet était bien vaste, et comme il arrive le plus souvent, il ne put être traité avec tous les développements qu'il comporte. Nous signalerons comme particulièrement intéressantes les recherches bibliographiques de l'auteur ; ses observations personnelles sont aussi choisies avec soin, et, si elles n'éclairent pas d'un jour absolument nouveau les troubles si nombreux, si variés, qui sont liés à la menstruation, et dont l'hystérie sous ses aspects divers, est l'aboutissant presque nécessaire, elles ont du moins cet avantage, de présenter dans des tableaux très-nettement peints, ce que nous rencontrons si souvent dans nos asiles. Nous nous associons pleinement à l'opinion émise par M. Taguet, après Casper, Morel, Zabé, sur l'influence de la période menstruelle dans l'accomplissement de certains actes nuisibles commis par des filles de 12 à 18 ans, faibles d'esprit, et qui, à l'époque de leurs règles sont poussées au meurtre, à l'incendie, au suicide. C'est là un fait d'observation, et il était bon qu'il fût rappelé avec développements dans un travail sur ce sujet de physiologie pathologique.

En 1875, nous trouvons une étude de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838, ou pour mieux dire sur quelques points de la loi. Les observations de M. Taguet ont pour point de départ l'expérience acquise par une longue fréquentation des aliénés,

d'une part; d'autre part, la constatation facile de quelques lacunes peu importantes d'ailleurs, et qu'il ne serait pas difficile de combler. Nous ne les discuterons pas, il nous suffira de vous dire qu'elles émanent d'un homme parfaitement compétent, et qui s'est tenu également éloigné de toute critique systématique, de toute proposition aventureuse.

Je dois vous parler encore, Messieurs, d'une observation que M. Taguet vous adressait il y a quelque temps, sous forme de lettre. Il s'agit d'un aliéné, bien connu de plusieurs d'entre nous, et qui tour à tour, poursuivi pour des escroqueries, soldat pendant la guerre, arrêté de nouveau, bénéficiant d'une ordonnance de non-lieu, à cause de son état mental, fut successivement placé à Charenton, à Ste-Anne, puis à Ville-Evrard. Cet homme que nous avons eu à examiner avec notre honorable président, M. le Dr Blanche, était l'un de ces types de folie lucide les plus complets qui se puissent rencontrer. Imagination active, intelligence peu commune, associées à la perversité la plus noire, telle est en peu de mots la caractéristique de cet homme; mobile à l'excès, passant par des périodes alternatives d'audaces inouïes et de découragements profonds, il fut le fléau de tous ceux qui furent en rapport avec lui. Je ne vous raconterai pas tous ses méfaits, il me suffira de vous dire qu'on vit rarement autant d'habileté, de finesse même, mises en œuvre pour l'accomplissement des perfidies les mieux calculées. L... alla jusqu'à la simulation d'un état pathologique qui ne trompa ni M. Calmeil, ni M. Foville, ni M. Dagron. Tous ces simulateurs se laissent prendre, si habiles qu'ils soient, par une observation attentive qui révèle de choquantes anomalies. En voyant cet homme si maître de lui, ourdissant des complots, combinant des entreprises qui souvent réussissaient, M. Taguet s'est demandé si L... était bien un aliéné, si ce n'était pas plutôt un être dégradé, pervers, mais responsable de ses actes. Nous ne partagcons pas cette opinion, et nous avons été heureux de trouver M. Dagron de notre avis. L... est un aliéné de l'espèce la plus dangereuse, et sans nier les difficultés réelles que présente l'appréciation de son état mental, nous sommes resté convaincu que cet homme appartenait à l'asile d'aliénés et non à la police correctionnelle. Ni l'astuce, ni l'activité de l'intelligence ne sont exclusives de la folie, et dans le cas particulier, ce qui la caractérisa pour nous quand nous eûmes à l'examiner, ce furent ces actes décousus, cette vie vagabonde, ces vols sans

profit, accomplis avec l'idée d'une intervention insensée dans un pays étranger, tourmenté par les entreprises d'une secte politique aux abois. Quand le passé de cet homme se déroula sous nos yeux, nous fûmes frappés par cette mobilité, cet esprit d'aventures, ce besoin incessant de déplacements qui semblait revenir par accès, et qui n'aboutissait qu'à des mécomptes qu'il n'était que trop facile de prévoir. Quoi qu'il en soit, Messieurs, de la divergence de nos opinions sur ce point, M. Taguet n'en reste pas moins un observateur consciencieux. Il a pu se tromper, mais sa bonne foi reste entière ; elle ressort éclatante de la démarche qu'il faisait auprès de vous, en vous soumettant sa manière de voir qu'il savait différente de la nôtre.

Je me résume, Messieurs, votre commission a été unanime dans ses conclusions. Un homme jeune, instruit, laborieux, honnête, vous demande de lui faire l'honneur de l'admettre parmi vous. Le titre de membre correspondant qu'il sollicite sera pour lui une récompense, un encouragement à continuer son œuvre utile aux aliénés, à la science, nous vous prions d'accueillir favorablement sa demande, et de ratifier par votre vote le jugement de votre commission.

MM. Sizaret et Taguet sont admis à l'unanimité des suffrages, membres correspondants de la Société.

Le mariage des aliénés dans les asiles.

M. Billod : Il vient de surgir à l'asile de Vaucluse un cas qui ne s'était encore jamais présenté dans le cours de ma déjà longue pratique et qui soulève une question de droit spécial qui me paraît être de la compétence de la Société.

Cette question est celle de savoir si un aliéné séquestré dans un asile d'aliénés, peut, dans certaines conditions de son état mental, contracter mariage pendant son séjour dans l'établissement spécial et, dans le cas de l'affirmative, si le mariage peut être célébré dans l'intérieur de cet établissement.

Elle vient d'être soulevée par une demande adressée à l'aumônier de l'asile de Vaucluse et que celui-ci s'est empressé de me transmettre.

Voici cette demande que je reproduis textuellement.

« Paris, le septembre 1875.

» Monsieur,

» Vous m'excuserez si je prends la liberté de vous écrire.

» Mais me trouvant bien dans la peine, j'ai trois enfants et

» mon mari à l'hospice depuis deux mois et le médecin ne » me donne aucun espoir ; malheureusement, car c'était le » meilleur des hommes et une bonne conduite dont je n'ai » jamais rien à lui reprocher. Aujourd'hui ce malheur le » frappe, ce malheureux ne s'en doute pas, le médecin me » dit que c'est une paralysie générale et moi je me trouve » bien dans l'embarras; voilà onze ans que je suis en mé- » nage, nous ne sommes pas marié ; je voudrais, Monsieur, » pour mes enfants, pouvoir obtenir le mariage, mes enfants » portent son nom, il les a reconnus, il n'a jamais été contre » pour nous marier ensemble. Veuillez, Monsieur, si vous » pouvez obtenir à faire notre mariage, vous me rendriez heu- » reuse et mes enfants aussi plus tard. J'ai été le voir il y a » huit jours, il n'allait pas plus mal. J'espère, Monsieur, » qu'avec votre pouvoir me rendre ce service. Voilà son nom » D..., cordonnier. Soyez assez bon, Monsieur, de me faire » réponse, s'il vous plaît, à ce sujet et si il faut que j'aille » vous parler moi-même, j'irais aussitôt. Je suis en attendant » votre dévouée servante, Louise B...

» Voilà mon adresso : Madame D..., rue Bayen, aux Ternes, » à Paris. »

Je note en passant que, consultée par moi, la commission de surveillance pour les asiles d'aliénés de la Seine a décliné sa compétence.

Pour compléter l'exposé de l'affaire, je constate que, au moment où la question s'est posée, l'aliéné était dans un état mental caractérisé par un affaiblissement des facultés intellectuelles avec idées de satisfaction, contraction inégale des pupilles, embarras intermittent dans la parole, tous symptômes se rattachant d'une façon manifeste à une paralysie générale, assez avancée déjà dans sa marche.

L'aliéné interrogé par moi, reconnaît qu'il n'était pas marié avec la mère de ses enfants, et se montra très-désireux de régulariser sa situation par le mariage que demandait cette dernière. Mais, il dit en même temps qu'il devait aussi se marier avec une des religieuses de l'établissement.

Ce malade peut-il contracter mariage dans de telles conditions, et, dans le cas de la négative, l'incapacité légale résulte-t-elle de son état d'insanité ou du fait de son séjour dans l'établissement spécial ou de ces deux circonstances à la fois?

Pour ce qui est de l'incapacité légale, je ne crois pas, sauf meilleur avis, qu'elle résulte nécessairement et forcément d'un

état d'aliénation mentale, lorsque cette aliénation mentale n'a pas entraîné le placement dans un établissement d'aliénés. Il est, en effet, des cas d'aliénation mentale caractérisée par un délire partiel, assez circonscrit pour être compatible avec une lucidité d'esprit relative et, par suite, pour entraîner la responsabilité de certains actes qui seraient sans corrélation avec l'objet même de ce délire.

Comme aux termes de l'art. 146 du Code civil, « il n'y a *pas de mariage, lorsqu'il n'y a pas de consentement*, » la question, dans l'espèce, se réduit à savoir : si l'aliéné est dans un état qui lui permette de donner son consentement en suffisante connaissance de cause et cette question ne me paraît pouvoir être résolue que par une expertise médico-légale.

D'un autre côté, le même Code dans son titre V, chapitre III, consacre pour un certain nombre de personnes le droit de faire opposition au mariage, mais l'exercice de ce droit reste absolument facultatif, et, lorsque personne n'en use, il n'est, ce me semble, aucune disposition de la loi qui empêche le mariage d'un aliéné de s'effectuer. Il me paraît, au contraire, que, par les conditions qu'elle met au droit à l'opposition, la législation consacre ce caractère facultatif de son exercice ; cela me semble ressortir surtout du troisième paragraphe de l'article 174 du Code civil, lequel est ainsi conçu :

« Lorsque l'opposition est fondée sur l'état de démence du » futur époux, cette opposition dont le tribunal pourra pro- » noncer mainlevée pure et simple, ne sera jamais reçue » qu'à la charge, par l'opposant, de provoquer l'interdiction » et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le juge- » ment. »

Reste la question de savoir si le fait du séjour de l'aliéné dans l'établissement spécial ne crée pas une impossibilité plus absolue pour cet aliéné de contracter mariage, et si, dans le cas de l'affirmative, le mariage peut être célébré dans l'intérieur de l'asile même.

Mon avis est qu'en le supposant assez lucide pour donner le consentement prescrit par l'art. 146 du Code, l'aliéné est déchu du droit de contracter mariage pendant son séjour dans l'établissement spécial où il a été placé d'office. Mais, ce n'est là qu'un simple avis que, vu mon incompétence, je subordonne complétement à celui que la Société voudra bien émettre à cet égard après délibération.

Je me propose également de prendre celui de la Société de médecine-légale qui compte parmi ses membres d'éminents jurisconsultes.

En présence des difficultés légales que rencontrait sa demande et que j'ai dû lui faire connaître, la fille B..... a pris le parti de faire sortir son mari pour procéder au mariage hors de l'établissement, si l'officier de l'état civil n'y met pas d'obstacle, et de profiter pour cela d'une rémission assez marquée survenue depuis quelque temps dans l'état du malade avec lequel le mariage doit être contracté.

Elle n'attend pour donner suite à cette intention que l'arrivée des papiers nécessaires. Je n'hésiterai pas, pour ce qui me concerne, à provoquer la sortie aussitôt que la demande m'en sera faite par écrit et je libellerai ainsi qu'il suit le certificat que je devrai adresser à la préfecture de police à fin de cette sortie.

Je soussigné....., certifie que le nommé D....., est actuellement dans un état mental qui permet de le confier à la mère de ses enfants qui le réclame et qui doit veiller sur lui.

Je complète l'information relative à cette affaire par les renseignements qui suivent :

Il n'est dans la famille de l'aliéné aucun membre qui ait le moindre intérêt à former opposition au mariage.

Cette famille croit même que le mariage a eu lieu, si j'en juge par une lettre qui a été écrite à la fille B....., par le frère de D..., le 30 août dernier, et que je reproduis ici.

« Furnes, le 30 août 1875.

» Ma bonne sœur,

» J'ai appris avec grand chagrin la pénible position dans » laquelle se trouve mon frère Léopold, votre mari. Je par- » ticipe pour ma part beaucoup à vos malheurs et suis bien » au regret d'être si éloigné de vous autres. Les frais de » voyage sont trop lourds pour pouvoir vous rejoindre pour » quelques jours.

» Je voudrais bien, bonne sœur, que cette lettre, quelque » courte que soit son contenu, vous trouve tous en bonne » santé, je me considérerais heureux de l'apprendre par un » petit mot de réponse. Dans le cas contraire je vous sou-

» haite beaucoup de patience et de courage, c'est tout ce qui » nous reste à faire.

» En attendant, je vous embrasse tous de loin et vous serre » la main fraternelle. »

J'ajoute que l'aliéné est un enfant illégitime, qu'il n'a pas connu son père et que le nom qu'il porte est celui de sa mère.

Il a, de la fille B....., deux enfants, un de 6 ans et l'autre de 5.

Les renseignements recueillis sur le compte de cette fille sont, à cela près du concubinage, aussi satisfaisants que possible.

Le fait sur lequel repose cette communication peut être rapproché de celui qui a été communiqué par M. Motet, dans la séance du 23 février 1874.

Ce dernier fait constitue un précédent d'une grande valeur et me semble même fixer la jurisprudence pour les cas qui peuvent se présenter dans les établissements privés et à l'égard des placements volontaires effectués en vertu de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838, mais elle laisse la question indécise pour ceux qui se présentent dans les établissements publics et qui se rapportent à des aliénés placés d'office.

J'ai lu d'ailleurs attentivement dans le compte rendu des *Annales*, la relation de ce fait, et il me semble résulter de cette lecture, que la personne dont le mariage s'est fait dans l'établissement alors dirigé par M. le Dr Rota, et suivant les conclusions du rapport de notre collègue M. Motet, n'était pas une aliénée dans l'acception rigoureuse du mot. L'altération de son intelligence était bien plus une altération dans la quantité, si je puis ainsi dire, de cette même intelligence, que dans sa qualité.

L'interrogatoire auquel M. Motet a soumis la malade ne fait ressortir aucune conception délirante, et le caractère qui domine son état psychologique est l'amnésie.

Ce qui restait d'intelligence était rudimentaire, sans doute, mais était relativement sain.

Notre collègue le reconnaît lui-même ; car, après avoir reproduit quelques-unes des réponses de la malade, il juge avec raison inutile de reproduire les autres, qui lui ont présenté le caractère évident d'un affaiblissement de l'intelligence, sans délire, toutefois. Cette altération de l'intelligence

était d'ailleurs, dans l'espèce, symptomatique d'une de ces lésions cérébrales à forme hémiplégique qu'il y a toujours avantage à traiter dans un établissement d'aliénés, mais qui n'y marquent pourtant pas, nécessairement, la place des personnes qui en sont atteintes.

Ces personnes pourraient aussi bien être traitées dans une maison de santé consacrée au traitement des maladies autres que l'aliénation mentale. Rien no s'opposerait même à ce qu'elles le fussent en dehors de tout établissement, et dans une maison particulière, voir même dans leurs foyers. Or, dans cette double condition, la question du mariage ne me semble soulever aucune difficulté, dans les cas où personne n'est intéressé à y faire une des oppositions prévues par le Code. Il doit se faire quelquefois, j'imagine, des mariages dans les conditions dont il s'agit, et, cela étant, on se demande pourquoi il ne s'en ferait pas dans les établissements où l'un des conjoints est traité pour une lésion cérébrale do la nature de celle que présentait la malade citée par M. Motet, sans exclure de ces établissements les maisons de santé d'aliénés.

Les conclusions de notre collègue sont done marquées au coin de la suprême sagesse, et il me paraît impossible de ne pas s'y rallier ; mais elles laissent, je le répète, la question indécise pour l'aliéné proprement dit, placé d'office dans un établissement public d'aliénés, et c'est sur ce dernier point que je désirerais appeler spécialement l'attention de la société.

La discussion do ce travail s'engagera dans une des séances prochaines.

De la folie avec conscience.

M. Fournet : (1)

Messieurs,

Vous avez remis à votre ordre du jour l'étude de la folio avec conscience. C'est M. J. Falret qui a ouvert le débat où

(1) Le manuscrit de M. Fournet ne nous ayant été remis que tardivement, nous reproduisons en une seule fois la communication qu'il a faito dans les séances des 26 juillet, 28 octobre et 5 novembre 1875.

je vais le suivre. Mon discours, comme le sien, aura deux parties :

L'une relative aux principes de la bonne observation clinique et de l'analyse féconde.

L'autre, toute pratique, où je n'aurai plus à faire que l'application de ces principes.

PREMIÈRE PARTIE.

Critérium d'observation et de jugement.

La première question que M. Falret s'est adressée à lui-même a été de savoir si ce qu'on appelle folie avec conscience, est bien une vraie folie. Pour la résoudre, il a dû rechercher le véritable critérium distinctif entre la raison et la folie. La conclusion qu'il fait sortir de ce nouvel examen de doctrine, est, en 1875, ce qu'elle avait été en 1866 : il repousse la perte ou l'affaiblissement du libre arbitre, il repousse tous les autres caractères plus ou moins psychologiques qui ont été proposés comme distinctifs de l'état de raison et de l'état de folie; il écarte la psychologie du grand problème de l'aliénation, et leur substitue ce qu'il appelle « la méthode clinique » . Ce sont bien les mêmes opinions et les mêmes formules qu'il avait déjà exposées en 1866. J'en guillemette les termes :

« C'est dans la pathologie et non dans la psychologie qu'est le critérium de la folie. Ce critérium réside précisément dans le fait même de la maladie » ; en pratique et appliquée à la folie avec conscience, sa méthode consiste, nous dit-il, à rattacher cliniquement une folie raisonnante quelconque à une forme de maladie mentale mieux déterminée ; par exemple : « l'exaltation à la manie, sous le nom d'exaltation maniaque. » M. Falret croit fermement avoir fait faire par là « un véritable progrès à la pathologie mentale et avoir rendue vraiment scientifique l'étude de la folie raisonnante ». Aussi veut-il étendre sa méthode à tous les cas : « c'est en continuant à substituer ainsi, aux procédés psychologiques, la méthode clinique, que l'on pourra faire entrer l'étude de la folie, dans une voie vraiment scientifique. » (N° de mai 1866 des *Annales médico-psychologiques*, pages 389, 396, 399, 422).

La méthode ou critérium de M. Falret consiste donc à ne demander qu'à la clinique, c'est-à-dire à la morbide, la distinction entre la raison et la folie, entre la normale et la morbide ; à faire de la morbide le seul juge et la seule mesure d'elle-

même, en rapprochant une morbide encore indéterminée d'une autre morbide mieux déterminée.

Eh bien! je viens opposer à cette méthode une méthode diamétralement opposée : je crois que la seule vraie mesure de la morbide, en tout ordre de choses, en aliénisme et en folie consciente en particulier, est la normale. Je crois qu'il n'y a de vérité, de progrès, pour la pathologie mentale comme pour la pathologie ordinaire, que dans l'antithèse incessante de la normale avec ses dégradations morbides. M. Falret s'enferme dans la morbide qu'il fait juge d'elle-même, tandis que j'appelle toute morbide au tribunal de sa normale correspondante.

Cette recherche et cet exposé préliminaires d'un critérium pour juger et classer les faits, nous sont absolument indispensables, car les faits n'ont de signification et par conséquent de valeur que celle que leur attribue le type auquel on les soumet.

M. Falret me semble s'être laissé induire à son « critérium clinique » par une double erreur. D'abord, il attribue à la clinique un caractère qu'elle n'a pas. La clinique n'est pas et ne peut être un critérium. Elle est ou doit être un exposé fidèle des faits qu'il s'agit de juger. Elle n'est pas par elle-même, à son titre et par son caractère de clinique, le juge de ces faits. Elle n'est pas le tribunal compétent ; elle est l'instruction qui présente au tribunal les faits de la cause. La clinique recueille, présente à l'architecte chargé de l'instauration ou d'une restauration, les matériaux de la science, elle n'est pas cet architecte; l'architecte physique est la personnification des lois de la statique; l'architecte médical est la personnification des lois de la vie et de la normale humaine.

En appelant son critérium du nom de *clinique*, M. Falret semble s'attribuer le monopole de la clinique et s'en réserver les mérites, à ce point qu'il établit une véritable antithèse entre « sa méthode clinique et les procédés psychologiques. » C'est encore là une erreur. La clinique est aussi bien la méthode d'observation du critérum psychologique que du prétendu critérium pathologique. Elle est notre domaine commun, aussi légitime, aussi indispensable à l'un qu'à l'autre; elle est notre terrain neutre. Loin d'y avoir antithèse entre la psychologie et la clinique, il y a au contraire concours et concours nécessaire, car c'est la psychologie qui classe et ordonne les faits bruts de la clinique mentale sur le plan de l'être et de la vie psychiques, exactement comme la physiologie classe

et ordonne les faits de la clinique ordinaire sur le plan de l'être et de la vie organiques.

Ce n'est pas seulement en pathologie mentale et en pathologie ordinaire, messieurs, que la normale est le critérium naturel, le critérium nécessaire, le seul juge légitime de toute morbide; c'est dans tous les mondes humains, c'est dans toutes les choses humaines, c'est dans l'univers tout entier, qu'il en est ainsi. L'astronomie, cette science modèle, ne juge et ne mesure les perturbations sidérales que par le principe de la gravitation et les lois des orbites sidéraux, c'est-à-dire par la normale céleste. Tout sur la terre, comme dans les espaces célestes, relève de ce juge, les sociétés humaines, comme l'homme lui-même : tout, en effet, a sa prédestination, sa normale dans sa prédestination remplie, sa morbide dans l'avortement ou la violation de sa loi. Vous ne sauriez faire un pas, porter un jugement, établir une institution, déterminer une direction, accomplir un progrès ou une rectification quelconques, dans aucune des choses humaines, qu'en évoquant dans votre esprit, plus ou moins consciemment, ou inconsciemment, la normale de cet ordre de choses. Cette normale, c'est la lumière qui se lève sur le chaos de la morbide, qui assigne aux phénomènes morbides leur caractère et leur rang, leur ordre d'évolution pathogénique et leur tendance finale, sur le vaste tableau de la pathologie; cette lumière, c'est la physiologie, c'est-à-dire la logique de la nature humaine incarnée dans la pathologie ordinaire; c'est la psychologie, c'est-à-dire la logique de la nature humaine personnifiée dans la pathologie mentale et morale.

Suivez, en effet, dans l'histoire de la médecine, les progrès de la pathologie organique, ils ont toujours été proportionnels aux progrès de la physiologie et aux applications qui en ont été faites à la clinique. L'observateur ne pénètre et ne peut pénétrer le sens morbide des faits que dans la mesure où il porte en soi, dans son esprit, leur type ou sens physiologique. Il en est, il en sera forcément de même de la pathologie mentale. L'état de chaos où nous la voyons, ne vient que de l'état d'enfance de la psychologie qui doit l'éclairer, et de la résistance qu'on oppose à la constitution et aux applications d'une science psychologique.

Vous-mêmes, qui prétendez exclure la psychologie de la clinique et de la pathologie mentale, je vous surprends incessamment jugeant et mesurant la morbide au nom d'une nor-

male que vous invoquez sans la reconnaître, et faisant de la psychologie sans le savoir, comme quelqu'un qui suivrait encore la lumière au travers de ses paupières fermées. « L'homme s'agite dans les ténèbres de son esprit, mais la vérité le mène au but, s'il ne lui résiste pas trop» (Bossuet).

Après avoir passé en revue tous les divers critériums proposés, vous les reconnaissez faux et les repoussez à ce titre: qu'aucun d'eux n'a ce grand caractère de vérité, de s'appliquer avec la même justesse à tous les cas, en un mot d'être universel. A ce moment, au lieu d'instituer quelque chose qui n'a même pas caractère de critérium, vous n'aviez qu'à conclure et à dire : il n'y a qu'un critérium qui ait et qui puisse avoir le caractère universel : la normale opposée à la morbide, le type mis en regard de ses dégradations. En effet, il n'est pas un de faits, des cas de l'aliénisme, depuis la simple insanité jusqu'à la folie confirmée et jusqu'à la démence, qui ne se caractérise et ne se mesure avec précision sous la lumière réfléchie d'une normale bien déterminée. Et pourquoi les autres critériums proposés, comme la perte de la conscience, la défaillance de la volonté, le défaut de logique entre les conceptions et les actes, les différences du malade avec lui-même, etc., ne peuvent-ils jamais être le juge irrécusable que nous cherchons, quoique ayant une valeur de circonstance? parce qu'au lieu de dominer le fond des choses comme un principe, ils ne correspondent qu'à un accident ; parce qu'au lieu d'être la normale, ils n'en sont que des éléments dispersés. Par exemple, cette comparaison d'un malade avec lui-même, aux différents temps de sa vie, qu'on a prétendu élever au rang d'un puissant critérium, savez-vous pourquoi elle est si souvent sans valeur diagnostique? parce qu'on n'a pensé à comparer le malade qu'à lui-même, au lieu de le comparer à son type spécifique, c'est-à-dire à sa normale prédestinée. Le comparer à lui-même en effet, aux différents âges de sa vie, à propos d'une affection que vous-même déclarez le plus souvent héréditaire, et en évolution morbide dès la naissance, ce n'est pas saisir la différence entre la sanité et l'insanité, entre la raison et la folie, c'est-à-dire entre la normale et la morbide; c'est seulement rapprocher les uns des autres, les anneaux de la morbide, et par conséquent recourir à votre insu à l'impossible critérium de la morbide par la morbide.

Il n'y a donc qu'un critérium possible, qu'un juge légitime de la morbide, c'est la normale ; de la folie, c'est la raison.

Mais cette normale de la vie psychique, cet état de raison

qui distingue l'homme de la brute, ont comme tout ici-bas, leurs conditions de recherche et de découverte précise ; et ces conditions sont plus que rares aujourd'hui : il faut y croire d'abord, car on ne cherche que ce que l'on croit exister; il faut donc être convaincu que la vie humaine a uno prédestination, que l'homme peut suivre ou violer, et qui vient de plus haut que lui ; en d'autres termes, que la vie humaine a des lois naturelles, une logique qui en constitue le bon sens, le vrai sens, le sens raisonnable, la normale enfin. C'est cette logique divine de la vie, que j'appelle la logique de la nature humaine, incarnée dans le corps sain, personnifiée dans l'âme normale. Or, vous avez entendu, ici même, nier résolument cette normale de la vie, nier l'être psychique lui-même, et faire l'assimilation de la raison et de la folie, de la démence et du génie.

Après avoir trouvé soi-même ou reçu cette normale, il faut encore s'en pénétrer incessamment pour pouvoir l'appliquer avec justesse aux questions si diverses et de la science et de la pratique aliénistes. Il faudrait même, pour que cette pénétration fût plus intime et ses applications plus fécondes ; se rendre cette normale toute personnelle et familière en la personnifiant dans son âme et dans sa vie, Mais de toutes ces conditions la plus difficile à remplir peut-être, est celle que Descartes (Discours sur la méthode) réclame comme indispensable à la découverte ou à la reconnaissance de la vérité : le silence absolu imposé par la volonté, pendant tout le temps de l'examen, aux *préjugés* reçus de la tradition, aux idées préconçues par l'esprit ; or, on ne saurait nier que la tradition scientifique actuelle, que le lait scolastique dont on s'est nourri dès le berceau médical, ne soient antipsychiques. Devant de telles conditions à remplir, pour entrer en possession de cette normale juge ou mesure de la morbide, et devant d'autres que l'on ne s'avoue pas, quoi d'étonnant que l'on s'accommode de la morbide ?

La Société médico-psychologique a cependant consacré quelques séances, en 1863, 64, 66, 67, 68, 69, 70 et 74, à la discussion de quelques points de doctrine. Je ne veux point reprendre ces discussions. J'ai eu l'honneur d'exposer alors les résultats de mes longues études et mes conclusions doctrinales sur ces hautes questions, et je m'y réfère (1). Qu'on

(1) *Annales médico-psychologiques*, n° de mai 1863, Loi des deux substances : pages 443 à 464. N° de juillet 1864, pages 98 à 153. N° de septembre 1867, Doctrine organo-psychi-

nous répète encore, si l'on veut, que le libre arbitre n'est qu'une chimère ou une convention; que l'homme est irrésistiblement déterminé par des mobiles; que la fatalité est le fond des choses, que l'irresponsabilité en est la conséquence; que la folie ne diffère par aucun caractère bien tranché de la raison; que le méchant, comme le fou, ne font que suivre les impulsions de leur nature organique; que la puissance morale capable de réfréner ces impulsions n'est qu'une conception mystique sans réalité substantielle ni pratique, etc.

Je me borne à constater que le soleil moral luit, pour ceux qui ont les yeux de l'esprit, comme le soleil physique pour ceux qui ont les yeux du corps; qu'il est le foyer du monde moral, du monde social, comme l'autre, du monde physique, du monde organique; et qu'il « verse ses bienfaits jusque sur ses blasphémateurs. »

En conclusion des études doctrinales que je rappelle, la normale de toute individualité, de toute personnalité humaine, c'est-à-dire de l'humanité prise dans son type : c'est la pleine incarnation par le corps, c'est la pleine personnification par l'âme, du principe et de la logique de la nature humaine ; c'est, pour tout homme, la pleine pratique de cette logique; c'est-à-dire des lois de la vie, et la reproduction de leur principe dans l'ensemble et les diverses parties de sa vie ; c'est la réalisation de la destinée humaine.

Et pour traduire ce langage trop philosophique, dans une langue plus usuelle et plus applicable aux questions diverses de l'aliénisme, la normale de la vie humaine : c'est la pleine possession et la pleine disposition de soi, au nom des lois de la vie.

Veuillez observer, messieurs, qu'en introduisant dans la science médicale, soit psychique, soit organique, les mots de destinée, de prédestination, je ne conserve de ces mots que leur sens naturel, que leur sens scientifique, et non le sens mystique qu'on a pu, qu'on pourrait leur attribuer. Il est évident pour tout penseur, que la vie humaine se déroule,

que de la raison et de la folie, pages 296 à 348. N° de mars 1868, p. 260 à 263. N° de janvier 1869, p. 120 à 122. N° de janvier 1870, p. 100 à 103, 121 à 125. N° de mars 1870, p. 283 à 290, 291 à 293. N°s de janvier, mars, mai 1870, Clinique organo-psychique des insanités. N° demai, 1874, p. 422 à 453.

non pas fatalement, mais facultativement, du principe aux conséquences de la nature humaine. C'est cette pente logique du principe aux conséquences de la nature humaine, que j'appelle une prédestination ; mais cette pente logique peut être ou n'être pas suivie par l'homme, cette prédestination humaine peut être ou n'être pas réalisée par nous, et c'est là qu'est la liberté, le libre arbitre, le sens moral ou immoral de la volonté humaine. L'homme raisonnable, le sage est celui qui cherche, qui arrive à connaître et qui s'applique consciemment et volontairement à accomplir sa loi et par conséquent sa destinée. Le méchant est celui qui connaît sa loi, mais qui la viole sciemment et volontairement ; l'insensé, le fou, est celui qui viole la loi de la nature humaine ou la loi de la nature des choses, croyant la suivre.

La normale de la vie est toujours, en tout ordre de choses, l'accomplissement conscient et volontaire de sa loi ; c'est là l'état de raison. La morbide est toujours, en tout, conséquente et proportionnelle à la violation de la loi de la nature humaine et de la nature des choses ; elle est, par cela même, en ordre organique, une dégradation de la santé, en ordre psychique, une dégradation de la sanité, c'est-à-dire de la raison, c'est-à-dire de la normale.

Mais il y a entre la morbide du fou et la morbide du méchant, une différence radicale, que la psychologie seule peut définir ; c'est la différence entre la bonne et la mauvaise volonté : puisque l'une est une morbide consciente et volontaire, et l'autre une morbide d'autant plus involontaire qu'elle se croit la normale ; puisque l'âme de l'insane, consciente de ce caractère morbide, ne le subit que parce qu'elle se sent ou se croit impuissante à lui résister.

De cette conscience et de cette volonté du méchant, suffisamment éclairées sur la nature de ses conceptions et de ses actes, naît la responsabilité du méchant ; de ce défaut de lumière dans la conscience ou de puissance dans la volonté, naît l'irresponsabilité du fou ou de l'insane.

Mais dans tous ces cas, le principe de toute moralité humaine, de tout mérite ou démérite, le principe éternel, immuable, de responsabilité proportionnelle aux facultés, proportionnelle aux sensibilités de la conscience et aux contractilités de la volonté, reste debout, comme le phare des sociétés humaines.

L'incarnation et la personnification progressives du principe et de la logique de la nature humaine dan l'homme, ne sont

autre chose que sa virilisation (corporelle et morale) progressive; cette pleine possession et disposition de soi au nom des lois de la vie, qui constitue la pleine raison, la normale de la vie, n'est autre chose que la virilité morale; c'est-à-dire la capacité de reconnaître et de reproduire, en tout ordre de choses, le principe d'humanité, la capacité de reconnaître et de juger la nature des choses et des personnes, et d'être conséquent à ce jugement.

La physiologie, dans sa plénitude normale, n'est donc que la logique incarnée de la nature humaine, parvenue à sa pleine organisation, c'est-à-dire à sa virilité organique. La psychologie, de son côté, dans sa pleine normale, n'est que la même logique personnifiée, parveuue aussi à sa virilité morale, c'est-à-dire à sa pleine organisation en facultés.

Et voilà justement pourquoi la physiologie est le juge naturel c'est-à-dire le critérium de la pathologie organique; et pourquoi la psychologie, la vraie psychologie, est le seul véritable critérium, le seul juge légitime de la pathologie mentale.

Mais la normale que j'ai fait apparaître jusqu'ici sous le nom de virilité morale, de pleine possession et de pleine disposition de soi, est une normale absolue, une prédestination purement idéale, qu'aucun homme peut-être ne réalise dans sa plénitude.

Je ne prétends donc aucunement ranger dans la morbide et charger de responsabilité proportionnelle, tout homme qui ne personnifie pas, tout acte qui ne réflète pas cette normale.

Par cela même que la normale absolue est la virilité morale, il y a toute une échelle de virilisation et chacun des degrés de cette échelle est une normale relative; c'est cette normale relative seule, que je fais juge et mesure de la morbidité et de la responsabilité dans la pratique journalière de la vie.

Ces degrés divers de virilisation ou de développement psychiques constituent en effet la normale relative des âges, des sexes et des situations, c'est-à-dire des milieux familiaux et sociaux où la vie se prépare et s'accomplit. Ce sont là autant de circonstances presque toujours atténuantes du jugement que porterait la normale trop absolue. C'est ainsi que l'impossession de soi, par exemple, et l'abandon de sa vie aux instincts, ont une circonstance atténuante chez l'enfant dont l'âme est à peine ébauchée; chez le jeune homme dont les

passions commencent à fermenter ; chez la femme dont l'éducation est moins virilisante ; chez l'homme qu'un grave événement, qu'un profond chagrin viennent d'accabler. Ces degrés de virilisation intellectuelle et morale, ce sont les quantités de vie psychique, c'est-à-dire de facultés, que l'homme peut déployer dans ses résistances au mal. Nous nous retrouvons donc ici dans le principe de toute justice qui fait les morbidités et les responsabilités proportionnelles à la somme de facultés que chacun a pu mettre en œuvre. C'est la parabole chrétienne du denier : qui demande à chacun l'intérêt, le fruit de la somme de vie qu'il a reçue en dépôt. Lorsque nous aurons à juger et à mesurer le caractère morbide des conceptions et des actes soumis à notre observation, nous n'aurons qu'à les rapprocher de la normale relative dont ils sont une dégradation ; il est évident que ce qui serait insane et répréhensible chez l'homme bien né, c'est-à-dire sain et bien élevé, ne le serait pas au même degré chez celui que les défectuosités originelles de son système nerveux ou les défauts et les vices de son éducation constitueraient en avortement et mental et moral ; *noblesse oblige* dans tous les sens de la vie ; quand la médecine légale nous appellera à juger et à mesurer les responsabilités encourues, nous aurons donc à mettre en balance, à côté des actes incriminés, les incitations diverses, soit intérieures soit extérieures qui ont pesé sur l'auteur de ces actes, et la somme des facultés qui pouvaient l'aider à y résister.

Cette analyse quantitative et qualitative des facultés humaines, surtout en face de leurs causes d'éclipse ou de défaillance, n'est pas toujours facile, j'en conviens, mais elle n'est possible que par la psychologie, que par la connaissance de la normale relative à chaque âge et à chaque situation ; mais les délicatesses de la justice tiennent aux délicatesses de cette analyse ; mais les précisions et l'autorité de la science en sont également solidaires. Ne sont-ce pas là des raisons de nous appliquer à reconnaître et à préciser de mieux en mieux cette normale relative et à développer la psychologie qui est le principe de ces analyses! il serait plus simple assurément de résoudre tous les problèmes de la médecine mentale par l'irrésistibilité des mobiles, c'est-à-dire par la fatalité et l'irresponsabilité, comme Broussais avait réduit la médecine ordinaire à la gastrite et à la saignée ; mais est-ce bien là ce que la science et la Société attendent de nous ?

non; elles attendent de nous un concours efficace à la chose publique par une séparation de plus en plus claire entre la normale et la morbide, par une précision de plus en plus grande des justes responsabilités humaines; cette clarté et cette précision, c'est à la psychologie et à ses progrès qu'il faut les demander; ces progrès vous seront faciles dès qu vous aurez reconnu cette vérité : que les lois de la vie sont les mêmes pour l'être psychique que pour l'être organique que ces lois de la vie ne sont autres que la logique de la nature humaine commune à ces deux mondes de l'unité humaine; qu'il n'y a par conséquent d'autres différences entre la physiologie et la psychologie, que l'état d'incarnation dans l'une et de personnification dans l'autre, de ces lois de la vie, de cette logique vitale qui leur sont communes Dès lors la physiologie devient l'initiatrice de la psychologie, et l'organicisme l'initiateur du psychisme; les deux éléments solidaires de notre science, jusque-là ennemis, égarés dans l'ostracisme mutuel, entrent en concours et constituent l'unité et l'autorité de notre science, comme le concours harmonique du corps et de l'âme constitue l'unité et la dignité de l'homme. Les sciences ont leur loi d'évolution parallèle à celle de la vie; la physiologie prépare la psychologie et la pathologie ordinaire prépare la pathologie mentale, comme l'univers prépare l'homme, comme le corps humain prépare l'âme humaine.

Le corps humain; sur l'échelle de sa virilisation progressive nous offre souvent, au lieu du développement harmonique et proportionnel de tous ses éléments organiques si nombreux et si divers, la défectuosité des uns, l'exubérance des autres, et l'antagonisme, la discordance, au lieu de l'harmonie et de l'unité. De là, les prédispositions morbides, les indispositions habituelles et finalement les maladies que les influences extérieures font éclater.

Il n'en est pas autrement dans l'être psychique; je vous ai exposé ses lois de formation et ses conditions de développement, correspondantes à celles de l'être organique; ces lois et ces conditions peuvent aussi n'être pas remplies, elles sont même souvent altérées, et dans le milieu familial où l'âme se forme par l'éducation, et dans le milieu social où elle se développe; ajoutez à ces influences morales l'influence organique des défectuosités héréditaires ou acquises du système nerveux, instrument nécessaire de toute formation et

de tout développement psychiques; et vous aurez dans l'être et la vie psychiques, comme dans l'être et la vie organiques, ces disproportions, ces disharmonies, ces discordances entre les divers éléments du système des facultés, qui en rompent l'équilibre et l'unité, et sont la source des insanités et des folies que nous déplorons.

C'est en effet de l'ensemble harmonique et de l'unité des facultés, que la virilité morale, que l'état de raison et de pleine sanité se compose, et non de telle ou telle faculté particulière ou de tel groupe de facultés ; c'est ainsi que la virilité organique et la pleine santé se composent de l'ensemble des fonctions et de l'unité de leur concours.

Cette vérité, sortie des rapports logiques de la psychologie avec la physiologie, est d'autant plus importante que, sans elle, on ne comprendrait pas nos analyses cliniques ou médico-légales ; et qu'on serait hors d'état de faire sortir du sein des faits soumis à l'examen, la vérité psychologique que réclament la science des maladies mentales et la justice médico-légale. Ceux qui croient le libre arbitre constitué de volonté seulement, ceux qui ne voient dans la raison que la faculté déductive de raciocination, ceux qui ramènent tout, soit à la conscience, soit à l'intelligence, soit au jugement (et tous ces cas sont représentés), tous ceux-là, dis-je, préoccupés de leur point de vue se trouveraient désorientés par nos analyses où la morbidité et la responsabilité résultent de la somme et du degré d'unité des facultés mentales et morales dont le malade dispose, c'est-à-dire du degré et du concours de ses sensibilités et de ses contractilités psychiques, dans l'ordinaire de la vie et dans le moment de l'action incriminée.

Je ne saurais trop insister, à ce point de vue, sur les deux ordres de facultés qui composent notre être psychique et constituent par leur union le véritable état de raison. Ces deux ordres de facultés sont : les facultés mentales et les facultés morales : les premières, chargées seulement de conduire logiquement une idée ou un sentiment à ses conséquences, sans s'inquiéter de la vérité, de la moralité de ce sentiment ou de cette idée ; les secondes, chargées précisément de ce soin, c'est-à-dire de contrôler les sentiments et les idées sur les lois éternelles de la vie. Beaucoup d'hommes ont les facultés mentales très-développées et vont avec une logique parfaite au but de leurs idées et de leurs passions, sans discernement bien clair de l'immoralité de ce but, de son injustice pour leurs

semblables. C'est là un grand danger d'insanité et une pente toute faite à la folie ; car c'est une tendance à suivre, sans contrôle et sans retien, les incitations morbides, les idées fausses et délirantes, les impulsions passionnelles, les mauvais instincts ou les funestes tentations qui surgiront du malado lui-même ou de son milieu. Il est donc de la plus haute importance, en matière d'éducation et de pratique de la vie, de subordonner toujours les facultés mentales aux facultés morales, c'est-à-dire la puissance de conception et d'exécution au principe du devoir; c'est par ce long exercice et par l'habitude prise de cette consultation préalable et de cette subordination, que l'homme développe son sens moral et se met en état de dominer les tentations do la vie. Il n'est pas moins important, en matière d'observation et d'analyse médicale de faire la part exacte de ces deux ordres de facultés, dans les actes mis en question. On semble aujourd'hui no pas voir que la démoralisation sociale est la conséquence forcée et progressive de l'état d'inertie où tombent les facultés morales, quand on ne les exerce pas par l'idée incessante du libre arbitre, quand on ne les suscite pas par une responsabilité légitime. Les doctrines que je combats ont conduit les choses à ce point : que le principe lui-même de la responsabilité morale est en voie de s'évanouir.

On sentira peut-être mieux l'importance de cette distinction entre les facultés mentales et les facultés morales, et la nécessité d'une culture assidue de ces dernières, par cette vérité: que la vie morale est à la vie mentale, en psychologie, ce que la vie de l'espèce est à la vie individuelle en physiologie. C'est en conséquence de cette distinction radicale, que j'ai reconnu deux classes principales d'aliénation : l'aliénation mentale et l'aliénation morale.

C'est l'unité hiérarchique de ces deux ordres de facultés, trop souvent séparées ou confondues aujourd'hui, qui fait consister la normale, non pas seulement dans la pleine possession et la pleine disposition de soi, mais dans cette possession et cette disposition, *au nom des lois de la vie*. Rien n'est plus commun, dans nos recueils d'observations de folie consciente ou lucide, que l'absence de sens moral à côté d'une véritable exubérance de sens intellectuel. On est étonné de la facilité aveugle avec laquelle l'intelligence dénuée du caractère moral, se dévoue au service des passions, des idées les plus folles, des instincts les plus pervers. L'aliénation, dans ces cas, est donc bien plus morale que mentale. C'est par le sens moral, en effet, non par

le sens intellectuel réduit à lui-même, que l'on domine ses conceptions et ses impulsions morbides ; le sens intellectuel ne fait que poursuivre les conséquences d'une idée ; le sens moral seul, les juge et les subordonne aux principes de vérité et de justice.

Ces principes spécifiques sont comme un soleil pour l'âme bien faite ; elle en sent, elle en suit incessamment les attractions vitales supérieures, et l'intelligence n'est pour elle qu'un moyen de s'y diriger. Pour l'âme mal faite par l'éducation et altérée par ses milieux, avortée dans l'égoïsme, asservie aux mobiles divers, tantôt intérieurs, tantôt extérieurs, que la vie suscite autour d'elle, ce soleil est dans les brouillards, sans attrait et sans puissance, et l'âme désorientée et défaillante, va à la dérive de tous les courants.

Je me résume et je dis : il n'y a qu'un critérium de l'individualité, à ses divers degrés d'évolution, c'est l'espèce ; il n'y a qu'un critérium de la morbide, c'est la normale de ces divers degrés de vie, c'est-à-dire des différents âges, des différents sexes, et des diverses situations. Cette normale se constitue par le concours de deux ordres de facultés; les dégradations de cette normale sont nécessairement proportionnelles à la séparation, à l'affaiblissement ou à l'absence de ces facultés génératrices de la vie. La responsabilité de cette morbide se juge et se mesure à la somme des facultés dont le malade a pu disposer, à la somme de vie intellectuelle et morale qu'il a pu déployer. Je ne vois et ne puis voir dans votre prétendu criterium morbide ni les caractères ni les services d'un critérium.

Supposons cependant que la morbide puisse être un juge d'elle-même, et voyons les fruits comparés des deux modes d'analyse que nous opposons l'un à l'autre.

Votre critérium consistant à rapprocher une morbide encore douteuse d'une morbide analogue bien avérée, il est évident que par cela même votre attention est détournée de la normale; attirée et fixée sur la morbide, dès lors et nécessairement toutes les premières dégradations de la morbide et avec elles la pathogénie s'évanouissent à vos yeux. Votre terme de comparaison vous transporte d'emblée en pleine pathologie, et vous met en danger incessant de confondre la simple insanité avec la folie, d'attribuer à une affection mentale commençante et même encore indécise, les attributs de la folie confirmée : l'évolution plus ou moins fatale, l'incurabilité

et l'irresponsabilité. Telles sont, en effet, vos conclusions sous l'empire de votre critérium.

Par cela seul au contraire que l'observateur part de la normale et en fait son point fixe, sa boussole, il en suit pas à pas les dégradations, et la chaîne pathogénique qu'il institue de la sorte, devient par le nombre et la complicité de ses anneaux non-seulement la mesure classificatrice de la pathologie, mais le guide du médecin légiste, et plus encore, le fil d'Ariane du retour à la sanité, à la raison. De là, la différence de nos jugements et de nos conclusions ; vous voyez tout en noir parce que vous vous enfoncez tête baissée dans la nuit de la pathologie; l'espérance me reste avec le *principiis obsta* d'Hippocrate, parce que le soleil, le jour de la normale que je ne perds jamais de vue, éclaire toujours, et ma descente dans les profondeurs de la morbide, et par cela même les voies de mon retour. C'est ainsi que sous ce critérium plus vrai, la folie lucide devient une simple insanité, souvent curable et encore responsable dans la mesure de la survivance des facultés. La normale est à la morbide, en toutes les questions que suscite l'aliénisme, le point d'appui que demandait Archimède sur un autre monde, pour soulever celui-ci.

Vous au contraire, en vous expatriant dans la morbide, vous n'avez plus ni horizon, ni point d'appui sur la normale ; comme les expatriés de la vie dont parle le Dante, vous laissez à la porte de votre doctrine et vous otez à vos malades « *ogni-speranza.* »

Ce n'est pas qu'en fait et en exception, vous ne poursuiviez encore des espérances et n'obteniez des succès ; mais cela ne peut être que malgré votre critérium et en témoignage contre votre critérium.

Comparez votre critérium avec celui de l'ordre social auquel notre science est appelée à concourir. Le juge d'instruction et le juge jugeant se disent-ils, en présence d'une mise en accusation : voilà des actes qui ont bien l'air répréhensible, mais pour les apprécier plus sainement, jugeons-les, par les actes bien plus coupables qualifiés crimes? Évidemment non, une telle manière de procéder, qui est la vôtre cependant en aliénisme, excuserait tous les délits. Le magistrat procède à l'inverse : les lois sont la normale des mœurs ; tout ce qui s'en écarte est morbide ; et la loi est seule juge, seule mesure de cette morbide et de ses responsabilités. D'où vient ce parallélisme entre le vrai critérium scientifique et le critérium social ?

C'est que la science et la Société ne sont que deux modes de traduction, l'un plus abstrait, l'autre plus concret d'un même fond, la nature humaine; et c'est pourquoi elles doivent nécessairement se correspondre dans un but commun d'humanité. La science aliéniste qui reposerait sur des doctrines opposées aux doctrines sociales, serait sans autorité, non-seulement pour la magistrature, mais pour le bon sens public.

Ne mettons, si vous le voulez, la médecine mentale qu'en face de son malade; elle retrouverait encore près de lui et de sa famille, pour peu qu'ils eussent réfléchi, l'idée d'une normale dont on s'est écarté et à laquelle il faut revenir, comme idée mère de toute conception et de toute action thérapeutique, ainsi que de toute conservation hygiénique.

Mais ce n'est pas moins la normale physiologique que la normale psychologique que j'invoque comme critérium de nos observations et de nos analyses. Je prétends si peu diminuer ou effacer l'influence héréditaire ou acquise d'un organisme défectueux ou vicié, sur la production de l'aliénation mentale, sur ses idées et ses impulsions délirantes, que j'ai fait remarquer avec soin, dans ma doctrine organo-psychique, que les idées ne pouvaient être justes avec un système nerveux défectueux, incapable par cela même de refléter fidèlement, intégralement, l'image de la nature des choses, et que les instincts ne pouvaient être que faussés et les impulsions que morbides, dans un organisme général dégénéré de sa normale. J'invoque donc ici pour rectifier ces déviations ou relever ces avortements organiques, le concours de la physiologie et de la médecine ordinaire. Il n'y a d'ostracisme pour personne dans notre doctrine aliéniste. Elle se constitue des deux termes humains, des deux sciences et des deux pratiques qui les réflètent, et de leur concours hiérarchique. Tandis que l'organicisme pur ne reconnaît qu'un de ces termes, sous le nom de *mobiles* et de *déterminisme*, et traite l'autre de chimère; je demande place à la vie et à la science pour cette puissance psychique, d'ordre moral et par conséquent supérieure, que tous les grands esprits et les cœurs droits de l'humanité ont reconnue.

Dans la normale de la vie, ces deux puissances, l'une organique, l'autre psychique, toutes deux filles de la nature humaine, l'une incarnation, l'autre personnification du principe d'humanité, s'entr'aident dans la reproduction de leur principe commun. Mais quand l'œuvre de l'homme n'est pas parallèle à celle de la nature; quand la puissance morale, née de l'é-

ducation et de la culture, est avortée ou viciée; quand la puissance organique, devenue exubérante ou morbide, s'exalte dans de mauvais instincts, ces deux termes se séparent et s'opposent, leurs rapports hiérarchiques tendent à se renverser dans l'insanité, ou se renversent dans l'aliénation; et c'est là pour moi le nœud de toute la science aliéniste.

Si j'insiste ici davantage sur la normale psychique, c'est qu'elle est seule mise en conteste.

L'antithèse des deux critériums en question se réfléte jusque sur l'interprétation de cet *état conscient* qui a donné son nom au mode d'aliénation dont nous nous occupons en ce moment.

Envisagé de points de vue aussi opposés, le phénomène *conscience* n'a pas la même valeur pour M. Falret et pour ceux qui partagent sa doctrine organicienne, que pour moi. Cependant tout dépend ici de la véritable signification du mot *conscience*.

Pour ces messieurs, la *conscience*, ou *notion*, voire même la *connaissance* plus ou moins claire qu'a l'aliéné de la morbidité de ses conceptions et de ses actes, est quelque chose de morbide comme ces conceptions et ces actes, et n'a rien de psychologique, rien de commun avec la conscience du philosophe qui observe et analyse sa vie intérieure; rien de commun avec la conscience qui préside chez chacun de nous à la pratique réfléchie de la vie journalière. Ces messieurs, en effet, admettent trois consciences : celle du philosophe, celle de la vie pratique, et celle des aliénés lucides, cette dernière d'une nature toute différente des autres, sans aucun rapport avec elles, nous dit-on.

C'est là une des conséquences logiques de la doctrine qui repousse la psychologie du domaine de la pathologie mentale, et se fait un principe, un devoir de n'envisager les phénomènes que dans leur source organique et leur caractère morbide. La logique de ce principe, de ce critérium si vous aimez mieux, vous conduit fatalement à effacer de la psychologie le phénomène le plus essentiellement psychologique qui soit, et à introduire la pluralité dans ce qu'il y a de plus essentiellement *un* : la conscience.

Si en effet, la conscience peut cesser d'être la « vue de l'âme, » sur elle-même ou sur son corps, elle devient quelque chose d'organique, quelque chose comme une sensibilité corporelle, comme une *sensation*. Mais puisqu'à cet état, elle

s'exerce sur les conceptions comme sur les actes, elle est donc une *sensation* de *l'état mental*; c'est le corps prenant connaissance de l'esprit ! a-t-on jamais conçu un renversement plus complet de la nature des choses, de la nature relative et des rapports hiérarchiques des deux termes de l'être humain ? D'ailleurs, où serait l'appareil, l'organe de ce sens nouveau, de cette sensation nouvelle, le sens et la sensation de la morbidité des conceptions et des actes? L'organicisme nous accuse de chimères ! A-t-on jamais vu plus de non-sens, plus de chimériques hypothèses, que dans cette explication de la conscience des aliénés ?

Rétablissons donc la conscience dans le caractère *essentiellement psychologique* et *essentiellement un* qui en fait une *perception* et que tous les grands esprits, de tous les temps, de tous les lieux, lui ont reconnu.

La conscience est une faculté de l'âme, c'est la faculté réflective de la nature des choses à son premier degré.

C'est l'âme { ou bien se percevant elle-même ;
ou bien percevant l'état de son corps ;
ou bien percevant l'état des objets de son milieu.

Soit que ces divers objets de la perception consciente se présentent à elle en état normal ou en état morbide.

La conscience est donc essentiellement *une* en elle-même, c'est-à-dire dans le sujet, la personne, dans l'âme qui perçoit, quoique multiple dans ses objets, c'est-à-dire dans ses applications.

Comme j'avais l'honneur de vous le dire dans la dernière séance, c'est une lumière intérieure, intime, une lumière logique, toujours la même en soi, qui éclaire les différents objets sur lesquels la volonté la dirige, et qui révèle à la fois leur présence et leur caractère, mais d'une manière synthétique. C'est ce qui me la fait appeler la faculté réflective de la nature des choses, à son premier degré. Il est réservé à l'intelligence et à la raison, c'est-à-dire à la science de révéler la nature des choses dans un plus grand jour, c'est-à-dire d'une manière analytique et démonstrative.

L'une des conséquences de cette unité subjective de la conscience, est que toute conscience de la morbide présuppose nécessairement la conscience ou connaissance proportionnelle de la normale. C'est ainsi que la conscience du caractère morbide de leurs conceptions et de leurs actes, n'appartient qu'aux fous lucides, aux insanes qui ont reçu et plus ou moins con-

servé le sens moral, car ce sens moral, c'est le sens de la normale, la vue de la prédestination humaine.

Une autre conséquence, parallèle à la précédente, de l'unité subjective de la conscience, c'est que le médecin lui-même, comme le malade, ne pourra prendre conscience et connaissance du caractère morbide des phénomènes soumis à son observation, que dans la mesure même où il a conscience et connaissance de la normale; c'est-à-dire qu'il ne peut juger et ne juge les déviations de la vie que par le plan idéal de la vie; comme le magistrat juge et mesure les délits par les lois et les mœurs de son temps, qu'il est censé personnifier.

Et nous voilà ramenés, par cette autre voie, au critérium de la normale.

Mais les séparatistes : de la conscience de l'homme sain et d'avec la conscience de l'aliéné lucide, qui font de la première une conscience psychologique, et de la seconde une conscience pathologique, diront peut-être : « On peut avoir conscience que l'on est, que l'on pense, que l'on agit, sans avoir conscience des qualités de son être, du caractère de ses pensées et de ses actions.»

Je réponds : la conscience *du caractère* du fait est plus élevée que la simple conscience *du fait*. Mais c'est l'objet qui s'est élevé, non la conscience qui a changé; elle a pu, elle a dû s'aiguiser dans sa puissance, elle n'a pas changé de nature; ce n'est encore là qu'une application plus haute de la même faculté réflective; ce n'est là qu'un autre objet pour le même sujet.

On a dit encore : « la conscience morale, la conscience du bien et du mal, n'a rien à faire avec la conscience du caractère morbide des conceptions et des actes chez les aliénés lucides. » C'est là une erreur profonde : la normale et la morbide ne sont que le bien et le mal en un autre ordre de choses. Le mot lui-même vous le dit : *mal* et *maladie* ne sont qu'*un* au fond. C'est un mal moral dans la violation volontaire d'un principe de moralité; c'est un mal mental lorsqu'il s'attaque à l'organisme et au jeu naturel des facultés; c'est un mal organique lorsqu'il atteint l'organisme et l'harmonie des fonctions. Mais c'est toujours, en tous les ordres de choses, une déviation de la normale. Les perturbations sidérales ne sont elles-mêmes, comme je l'ai déjà dit, que des déviations de la normale astronomique; et c'est là ce qui ajoute à mon critérium le caractère d'universalité au caractère de nécessité.

Votre conscience de la morbide étrangère à la conscience de la normale, « étrangère à la conscience du bien et du mal moral, » ce serait l'ombre absolument indépendante de la lumière ; car la morbide est bien vraiment l'ombre de la normale.

La conscience des aliénés lucides ainsi rendue à son caractère psychologique, il est évident qu'elle est chez eux un reste survivant de la normale. Ce reste de « la lumière que tout homme porte en soi en naissant » éclaire les usurpations et les envahissements de la morbide.

La conscience, vous disais-je dans mon exposé doctrinal de 1867, est le *primum vivens* et *l'ultimum moriens* de l'être psychique. Elle est le crépuscule du matin et du soir de la vie morale. La raison en est le plein jour ; ce que la conscience ne faisait qu'apercevoir, la raison le démontre. Ni ce jour, ni son crépuscule ne se lève chez l'idiot, qui reste dans la nuit noire; ce jour moral s'affaiblit chez l'insane et s'éteint chez le fou qui a perdu conscience du caractère de ses actes, c'est-à-dire qui est retombé dans la nuit morale. En d'autres termes, la personnalité, et avec elle la dignité et la responsabilité humaines, commencent et finissent avec la conscience du caractère normal ou morbide des conceptions et des actes. Mais si la conscience est la sensibilité initiale et finale de l'âme, et par là le thermomètre exact du commencement et de la fin de la vie morale, d'autres facultés, au sommet desquelles est la volonté, viennent y concourir et déterminer, mesurer, par leur degré, par leur harmonie et leur unité, ou par leur défaillance et leurs dissonnances, le caractère et le degré de la vie psychique, et par conséquent les capacités et les responsabilités des malades.

Telle est la lumière qui va nous éclairer dans l'examen pratique de la *folie avec conscience*.

Vous allez voir à l'œuvre le critérium que je ne vous ai fait voir encore qu'en pensée.

DEUXIÈME PARTIE.

Application du critérium.

I

Il est un double phénomène morbide qui joue un très-grand rôle dans la folie avec conscience comme aussi dans les autres modes de l'aliénation :

C'est le phénomène d'*exaltation* et de *dépression* consécutive. Comment les juge et les classe le critérium par la normale?

L'exaltation et la dépression proportionnelle qui la suit nécessairement, ne sont, ni l'une ni l'autre, cette possession calme et cette disposition sereine de soi, au nom du principe d'humanité et de la prédestination humaine, que je vous ai présentées comme le caractère de la normale; elles sont donc toutes deux une morbide, c'est-à-diro une impossession, une aliénation proportionnelle de l'empire de soi; elles sont par cela même, une prédisposition, une pente pathogéniquc, mais une pente qui n'a rien de fatal, vers l'aliénation à de plus hauts degrés, vers la folie consciente d'abord, vers la folie inconscicnte ensuite. Ce premier jugement et ce pronostic sont parfaitement d'accord avec l'histoire de l'aliénation qui, presque toujours, a sa source dans l'exaltation et qui a la mesure de ses progrès dans le degré des alternatives de ces deux phénomènes solidaires.

Avec le caractère de conscience de leur morbidité, soit avant soit après, ces deux phénomènes ne sont encore que des insanités; mais si le malade perd conscience qu'il est sorti do la normale, si l'exaltation et la dépression consécutive perdent à ses yeux leur caractère morbide, il passe de l'insanité à la folie, c'est-à-dire que la personnalité morale évanouie, ne distingue plus entre le bien et le mal, entre la normale et la morbide, c'est alors que le malade ne se voit plus, ne se juge plus, ne se retient plus, et que ses exaltations et ses dépressions n'ont plus de bornes.

L'exaltation et la dépression faciles, dans les diverses épreuves de la vie, sont l'ordinaire des enfants gâtés c'est-à-dire mal élevés, auxquels on n'a inculqué aucun principe de jugement et de retien d'eux-mêmes, et qui, devenus hommes et citoyens, subissent toutes les alternatives de leur milieu. Aussi, la folie fait-elle, on le sait, des recrues nombreuses dans cette classe de personnes.

On peut dire avec vérité, en reconnaissant le dénuement de principes de la plupart des éducations, dans tous les temps, que l'exaltation et la dépression faciles sont le caractère commun de la plupart des personnes et des existences humaines.

C'est à chaque moment et en tout ordre de choses, que l'observateur réfléchi surprend ses semblables de tout rang, et souvent se surprend soi-même, en exaltation d'abord, en dépression proportionnelle ensuite. L'exagération, en deux

sens contraires, si commune dans la vie, n'est le plus souvent, qu'un mode de l'exaltation et de la dépression.

L'homme du monde est responsable, et moralement et légalement (avec l'oscillation des circonstances atténuantes ou aggravantes), de ces deux alternatives de ses conceptions, de sa parole et de ses actes. C'est là comme une initiation par le bon sens public, à la médecine légale et à ses jugements dans les cas de folie consciente et plus tard de folie véritable ; car le bon sens public mesure la responsabilité morale des simples exaltés, comme le médecin légiste la responsabilité des aliénés encore conscients : au degré de survivance de leurs diverses facultés.

Cette appréciation du double phénomène de l'exaltation et de la dépression par le critérium de la normale, ne nous conduit-elle pas aussi, mieux que tout autre critérium, à la médecine préventive et curative de l'exaltation et de la dépression ? l'hygiène morale, préventive de ces deux phénomènes morbides, n'est-elle pas évidemment dans la virilisation morale progressive et proportionnelle à chaque âge et à chaque situation ? La médecine morale de la tendance à l'exaltation et aux dépressions qui la suivent, consistera, par cela même, dans la rééducation ou réformation d'une âme mal formée, et dans l'exercice incessant de l'empire sur soi, sans préjudice des apaisements organiques confiés à la médecine ordinaire.

Que pourrait, que ferait en tout cela la méthode d'*analogie morbide*, la méthode pathologique, opposée à la méthode psychologique ? en vérité, elle ne peut que prévoir et annoncer comme fatale une morbide plus avancée que celle qui est actuellement en observation, par exemple la folie future dans l'exaltation et la dépression présente. C'est précisément là ce qu'elle fait.

D'ailleurs, l'exaltation peut avoir deux caractères fort différents : elle peut être l'exaltation généreuse dans le bien, dans le dévouement ; elle peut être l'exaltation dans le mal, dans l'égoïsme et la méchanceté. Le critérium de la normale les distingue et les sépare profondément ; le critérium qui consiste dans les analogies morbides, les confond dans leur caractère morbide commun d'exaltation.

II.

J'aborde maintenant la folie consciente, sous ses traits les

plus caractéristiques, définis par M. Falret dans votre séance du 28 juin, et je l'analyse de mon point de vue :

« Cet état de folie consciente, nous dit M. Falret, se retrouve dans tous les sens de la vie. »

Cela revient à dire que le sujet s'applique tel qu'il est, avec ses défectuosités psychiques, à tous les objets de la vie, avec conscience de ces défectuosités de son âme et de ses œuvres.

« Cependant la folie consciente se manifeste surtout sous deux formes ou variétés :

1° L'hypocbondrie suicide.

2° La crainte du contact des objets extérieurs », nous dit M. Falret.

A. *Hypochondrie suicide.*

L'hypocbondrie suicide a une raison d'être psychique en même temps qu'organique.

La conscience de ces défectuosités de l'âme et de la vie, est déjà une source puissante d'hypoebondrie : le bonheur est dans la prédestination remplie ; quand le défaut d'éducation, de culture, d'encouragements intérieurs et extérieurs, quand l'inertie, l'habitude, font apparaître l'impossibilité ou la difficulté de sortir de cet état par le relèvement, on pense à en sortir par le suicide.

Le sentiment sourd, profond, incessant du malaise organique peut s'y joindre.

Ces deux états se combinent, et quand ces idées ne sont pas dominées par une puissance morale supérieure, elles arrivent insensiblement à régner et à gouverner dans l'âme et dans la vie.

« Cet état s'accompagne de la crainte, de la terreur des occasions ou des instruments d'exécution de leur tendance suicide », ajoute M. Falret.

La conscience qu'ils ont de leur faiblesse morale, de l'absence, au sein d'eux-mêmes, d'une autorité, d'une puissance morale capables de les retenir sur cette pente ; et la tentation et l'entraînement proportionnels, nés de l'occasion, de la présence de l'instrument, de la sensation actuelle, et un certain instinct réfléchi de conservation, sont les causes psychiques, rationnelles, de cette crainte, de cette terreur. C'est un vertige moral dans lequel l'âme, consciente de sa faiblesse, se sent avec terreur entraînée vers l'abîme, par l'idée ou la sensation qu'elle devrait maîtriser et qui la

domine. C'est le renversement d'une autorité trop faible, par son inférieur en révolte, du sujet par l'objet présent, de la personne par la *chose*, du devoir par la tentation. Mais c'est là un phénomène tout psychique.

M. Falret a fatalisé cette lutte et cette chute par l'idée, par la doctrine d'une « attraction des contraires » que je ne parviens même pas à comprendre.

La folie consciente sous la forme *d'hypochondrie suicide*, nous dit M. Falret, à quatre caractères : — « 1° Elle est presque toujours héréditaire surtout dans son élément suicide ». Comment des âmes morbides pourraient-elles engendrer des âmes normales, dans cette génération morale qu'on appelle éducation? Comment l'exemple suicide des parents n'exercerait-il pas une influence prestigieuse sur l'âme et les idées des enfants ? Comment ne serait-il pas une imitation funeste, une sorte d'autorisation à résoudre par le suicide le problème de la vie rendu encore plus ardu pour eux, par cette énervante éducation ? Mais c'est là de l'hérédité morale bien plus qu'organique.

» 2° Le second caractère de cette forme de la folie consciente est la périodicité ». Mais la périodicité est un caractère commun à toutes les folies, à toutes ou presque toutes les affections morbides, et par conséquent ne saurait-être un caractère propre. Tout ici-bas, en nous et autour de nous, subit la loi de l'alternative, de l'activité et du repos ; et le retour à l'activité dépend des circonstances suscitatrices extérieures au sujet, autant que du sujet lui-même.

» 3° Le troisième caractère de l'hypocbondrie suicide, consciente de sa nature morbide, est de ne pas progresser vers la démence, » nous dit M. Falret. La psychologie répond : La conscience survivante est précisément le flotteur qui empêche ce dernier naufrage.

Ce que vous appelez la folie consciente, ce que j'appello une insanité, étant le premier degré, le degré purement psychique de cette longue chaîne de la pathogénie mentale, ne peut guère dégénérer en démence, c'est-à-dire passer au dernier degré, au degré organique, que par un concours de graves circonstances que le malade, encore conscient, s'attache à écarter. Tant que l'insanité reste psychique et consciente d'elle-même, en effet, sa marche, ses évolutions restent à peu près *facultatives*, et le malade fait tout pour se retenir sur une pente dont il sait le caractère et la fin. La *fatalité* et l'incurabilité sa campagne,

ne commencent qu'avec le caractère organique de la folie, qu'avec la désorganisation du cerveau.

» 4° Le quatrième caractère de la folie consciente hypochondriaque et suicide, est qu'elle ne s'accompagne ni d'hallucinations, ni d'aucun autre trouble des sensations. »

Ce caractère est évidemment le corollaire du précédent ; ce n'est guère en effet qu'en devenant organique, qu'en passant de l'âme au cerveau son principal serviteur, et du cerveau aux autres parties du système nerveux, aux organes des sens, que les troubles psychiques, que le désordre des facultés, peut se compliquer du désordre des sensations, parmi lesquels l'hallucination tient le premier rang.

Analysons enfin le dernier trait, toujours fourni, formulé par M. Falret, de la folie consciente en général, de la folie consciente hypochondriaque et suicide en particulier : « elle ne revêt jamais le caractère de *délire de persécution*. La folie avec délire de persécution est toujours inconsciente d'elle-même ». Dans la folie consciente en effet, le malade peut encore analyser et juger, par ce reste de vie psychique, la véritable nature de ses rapports avec les personnes qui l'entourent ; dans le vrai délire de persécution au contraire, ce reste de vie psychique régulière est éteint ; le malade ne cherche plus, ne saisit plus la véritable nature des personnes et des choses ; une idée le domine, l'asservit, et il ne fait plus que la suivre en esclave dans ses conceptions et ses actes ; tout libre arbitre s'est effacé avec la conscience ; ce n'est plus un insane, c'est un fou.

Vous venez de le voir, messieurs, j'ai voulu recevoir les traits de la folie consciente dessinés de la main même de mon antagoniste de méthode, ces traits sont reconnus vrais, acceptés de tous les aliénistes. Je n'ai fait que réfléchir sur eux la lumière de la psychologie, c'est-à-dire éclairer et mesurer la morbide par la normale.

B. *Crainte du contact des objets extérieurs ou maladie du doute.*

M. Falret attribue pour caractères à cette féconde variété : « 1° sa crainte du contact des objets extérieurs ; le contact, la sensation de ces objets semblent apporter avec eux une influence funeste au sujet ; » « 2° sous l'empire de cette crainte perpétuelle, un état tel d'hésitation, d'incertitude, d'oscillation, de doute du sujet, que M. Falret père, frappé surtout de ce caractère, l'appelait « la maladie du doute ».

Ce dernier caractère, ajoutent MM. Falret père et fils, « se cache au fond de toutes les formes de la folie avec conscience. »

Ce nouvel ordre de phénomènes, ainsi que les précédents, n'est compréhensible que du point de vue de la psychologie qu'on repousse et de ce critérium d'une normale qu'on méconnaît.

Les uns et les autres ont leur source commune dans la faiblesse de l'âme. L'âme, le moi, la personnalité dans leur normale doivent être une autorité et une puissance morale capables de se subordonner les sensations, les sentiments et les idées qui leur succèdent. C'est cette autorité et cette puissance morale qu'une éducation bien faite transmet des parents aux enfants par voie d'initiation et d'exemple. D'abord extérieures dans la personne des parents, c'est-à-dire d'un père et d'une mère qui personnifient cette normale, elles deviennent insensiblement intérieures à l'enfant, parties intégrantes de sa personnalité, par une assimilation progressive et une culture assidue de l'esprit. C'est ainsi que l'enfant devient homme, par une virilisation morale progressive; c'est ainsi qu'une personnalité normale reste supérieure aux impressions et aux idées qui l'assaillent de tous côtés, qu'elle les juge, les admet comme légitimes, ou les écarte comme fausses ou exagérées ; c'est ainsi que l'âme raisonnable règne sur elle-même et sur son milieu, et gouverne sa vie au nom des principes et des lois de la vie. C'est le *self-government* de soi-même, c'est la virilité morale.

Mais que l'âme de l'enfant avorte sous l'éducation et l'instruction misérables de parents et de maîtres, avortons eux-mêmes de l'ordre intellectuel et moral, et cette âme, vouée à une enfance et à une impuissance perpétuelles, vous offrira, sous les formes que détermineront les circonstances, le spectacle de crainte, d'effroi, de trouble, d'inquiétude, d'oscillations, de doutes incessants, à propos de tout, qui sont les caractères de cette forme de la folie consciente, et qui sont « le fond de toutes les autres formes de la folie consciente, » comme vous le disent MM. Falret, père et fils. Or, qu'est ce spectacle de crainte, de trouble, d'oscillation, d'incapacité, sinon l'opposé de cette virilité morale, de cette puissante autonomie d'une âme en pleine possession et en pleine disposition d'elle-même, c'est-à-dire en pleine souveraineté sur les idées, les sentiments, les sensations qui l'abordent de toutes parts? c'est l'âme en avortement, asservie par cela

même et dans ses conceptions et dans ses actes, aux sensations, aux sentiments, aux impressions, aux idées qu'elle devrait dominer. Elle a conscience de cet asservissement, c'est-à-dire du caractère anormal de sa vie intérieure et extérieure, mais elle le subit, comme l'esclave et le prisonnier impuissants ou énervés, subissent le joug despotique de leur oppresseur; et l'habitude, qui pèse sur l'esprit autant que sur le corps, vient insensiblement river la chaîne forgée par l'usurpation d'en bas et l'impuissance d'en haut.

La folie consciente est si bien l'effet de l'avortement de l'âme, est si bien un état d'enfance mentale et morale, que vous la retrouvez en germe, sous ses deux modes principaux, au sein de la famille, dans l'enfant mal élevé. Les folies avec conscience se classent, en effet, naturellement sous deux modes : une partie de ces malades, comme les hypochondriaques suicides, comme les malades sous l'empire de la crainte, du doute, que nous examinons en ce moment, sont de malheureux opprimés qui ne sont guère funestes qu'à eux-mêmes ; une autre partie de ces malades sont de véritables oppresseurs, insupportables et funestes à tout ce qui les entoure.

Tous les aliénistes reconnaîtront la vérité de ces deux classes de fous lucides.

Eh bien ! ces deux classes, avec leurs mêmes caractères distinctifs, si tranchés, vous les retrouvez en germe et en miniature, dans deux classes d'enfants mal élevés et souvent pas élevés du tout : les uns délaissés, opprimés par des parents brutaux, végétant dans une tristesse morne, dans le dégoût de la vie, dans un effroi perpétuel des hommes d'abord, des choses ensuite, dans un tremblement intérieur qui les paralyse, et les rend incapables de rien oser, de rien juger et de rien faire. Ces malheureux, exilés de l'amour dans la crainte, finissent par devenir la proie de tous les fantômes et de toutes les petites superstitions de la vie. Que sont nos hypochondriaques suicides, encore conscients, et dévorés de doutes, de craintes et d'impuissance, sinon de grands enfants qui n'ont eu de la vie que ses rudesses si souvent brutales, et qui, n'ayant pas la trempe d'âme qui fait réagir et prendre le dessus, succombent sous l'oppression ? La seconde classe des enfants mal élevés est celle des *enfants gâtés*, qu'une éducation détestable a livrés à leurs caprices, à leurs petites passions, à leurs impulsions égoïstes et méchantes, que le fol

amour de leurs parents autorise dans leurs défauts et leurs vices, et qui sont pour leurs frères, pour les serviteurs de la maison et quelquefois pour leurs parents eux-mêmes, de véritables petits tyrans, profondément égoïstes et souvent méchants. Voilà bien, en germe et en miniature, nos fous conscients de la seconde classe, qui ne voient dans ceux qui les entourent, que des instruments de leurs fantaisies, qui se plaisent dans la malfaisance, et sont, en un mot, de véritables pestes pour leur entourage.

Mais ces correspondances incontestables entre ces grands enfants de la vie et les enfants mal élevés, entre les fous conscients du monde et les insanes de la famille, jettent un jour inattendu sur la pathogénie de la folie ; elles nous la montrent se recrutant dans la mauvaise éducation ; elles nous sont une preuve de la doctrine qui ramène l'éducation à une véritable génération morale ; elles nous affirment le caractère psychique de la folie à son origine, et nous confirment l'excellence, la nécessité du critérium de la normale qui nous dévoile ces rapports.

Mais voulez-vous, Messieurs, appliquer ce critérium de plus près encore, c'est-à-dire plus topiquement à chaque trait de la maladie mentale spéciale qui nous occupe ?

Je prends un cas très-curieux de folie consciente qui nous a été rapporté par M. Baillarger, dans votre séance du 26 mars 1866, et qu'on trouve avec tous ses détails, dans le numéro de juillet 1866 de vos *Annales*, p. 92.

Il s'agit « d'une dame de 39 ans, qui lutte en vain depuis plus de 20 ans, contre un délire dont elle a conscience. Ce délire a pour caractère principal : une crainte extrême de *toucher*, et même de *voir*, tout ce qui sert à écrire, et surtout des crayons ». La source première de ce délire a été dans l'amour-propre de cette dame qui a souffert et souffrirait encore « d'être tournée en dérision pour ses fautes d'orthographe ». Elle a une telle horreur de ces objets et de l'idée même de ces objets (qui exercent sur son esprit une véritable fascination aboutissant à des crises de désespoir), qu'elle exige sans cesse près d'elle la présence de deux gardiens pour la rassurer contre l'idée qui la tourmente et contre la tentation de réaliser son idée ; il lui faut deux personnes, dans la crainte qu'une seule vienne à s'endormir. Mais Mme X..., n'a pas peur seulement de ces objets : « elle a peur de tout ; elle se perd dans les *si* et les *peut-être*, » elle est aussi la

proie de « scrupules religieux exagérés, par exemple, de l'idée ridicule d'avoir commis des actes d'impureté. »

« D'ailleurs la santé générale est bonne, l'appétit et le sommeil ne laissent rien à désirer, la menstruation est régulière. Il y a seulement un état habituel de congestion vers la tête. »

Il ne nous est rien dit de l'éducation de cette dame, parce que c'est d'un point de vue absolument étranger à mon point de vue, que cette observation a été recueillie; mais la faiblesse déplorable de son éducation nous est révélée par ses conséquences : le seul mobile de cette âme a été l'*amour-propre*, source première de son délire, et est aujourd'hui la *crainte* qui le perpétue. Elle sent bien, elle reconnaît qu'elle est la proie d'une idée fausse, et de scrupules superstitieux ou ridicules; mais telle est la misère, la débilité de cette âme qu'elle est impuissante à toute réaction, qu'elle se perd dans des *si* et des *peut-être* sans fin; et elle sent si bien l'absence en elle-même d'une autorité morale capable de maîtriser tous ces troubles et toutes ces vaines terreurs, qu'elle demande, qu'elle exige cette autorité au dehors d'elle, dans la présence incessante de deux personnes auprès d'elle; c'est ainsi que le petit enfant, encore aussi enfant au moral qu'au physique, abrite ses effrois chimériques, sous la protection de ses parents, dans le sentiment de son impuissance à se protéger soi-même. C'est d'abord la *sensation* des objets devenus blessants pour son amour-propre, qui a pris sur la faible raison de Mme X... cet empire prestigieux. Ensuite il a suffi de l'*idée* née de la sensation passée; et cette idée, qu'aucune puissance morale n'a réprimée, est entrée insensiblement en pleine domination de cette âme, en plein gouvernement de sa vie et intérieure et extérieure. Telle est la source ordinaire de la monomanie : c'est le renversement complet des rapports et de l'ordre hiérarchique prédestinés, au profit d'une idée.

Telle est la marche de toute usurpation : d'abord le renversement de fait de l'autorité légitime, de l'autorité de la raison sur les idées, sur les sentiments, les sensations, les passions ou appétits de toutes sortes; ce renversement une fois accompli, la puissance usurpatrice devient d'autant plus exclusive, d'autant plus despotique qu'elle est de rang, de nature plus inférieurs; c'est dans l'âme ce qu'est la servante maîtresse dans la famille; ce qu'est dans l'état, le pouvoir tombé aux mains de la populace. Et cela est ainsi dans tous les mondes,

parce que la nature humaine est nécessairement le fond de toutes choses humaines. C'est toujours l'idée la plus criminelle et la plus absurde, qui est la plus asservissante, la plus implacable, pour les malheureux aliénés, pour tout homme qui se laisse déposséder de son libre arbitre. C'est la justice proportionnelle, c'est-à-dire la logique fatale des avortements et des décadences. Plus l'âme s'abaisse dans ses objets, plus elle s'approfondit et s'enracine dans la servitude. Rappelez-vous ce fou, encore conscient « plein de sens et de raison en dehors de son idée fixe, nous dit M. Baillarger (id. id. p. 93), qui pendant trente ans ne voulut plus marcher que sur une seule des lames de son parquet ».

M. J. Falret localise, spécialise dans le seul contact, c'est-à-dire dans le sens du toucher, le sentiment de crainte des fous conscients, à ce point qu'il en compose le titre de la seconde variété. Cette spécialisation appelle et fixe tout naturellement le regard de l'observateur vers l'idée et le fait probables d'une affection spéciale du sens du toucher, par conséquent vers la doctrine organique de la folie avec conscience, je ramène le regard de l'observateur à son véritable point de vue, en faisant remarquer que ce n'est pas la sensation du toucher seulement, mais aussi la sensation de la vue, comme le prouve l'observation de M. Baillarger, mais toutes les autres sensations, comme le prouvent d'autres observations dispersées dans nos recueils, qui sont l'objet de cette crainte. Je suis donc autorisé par la clinique à opposer, comme je le fais, la sensation prise en général, à la raison, comme deux puissances, passées, du concours hiérarchique qui est leur état normal, à l'état de lutte et d'usurpation de l'une sur l'autre, qui constitue l'état morbide. Dans le concours hiérarchique et prédestiné des sciences, c'est la situation relative de la psychologie et de la physiologie; c'est l'absorption abortive de la pathologie mentale par la pathologie ordinaire. Je n'ai fait que rétablir leurs droits réciproques dans les deux périodes, l'une psychique, l'autre organique de la folie. Il est évident, par exemple, que la dame observée par M. Baillarger en est ou en était encore au moment de l'observation, à la période psychique. En effet, la santé organique est excellente, nous dit M. Baillarger, « à la seule exception d'un peu de congestion habituelle vers la tête » qu'explique suffisamment la préoccupation où vit cette dame ; c'est une influence naturelle, mais encore toute fonctionnelle, de la psychologie sur la physiologie cérébrale.

Parmi les différents états morbides dont les auteurs modernes avaient composé le groupe des folies raisonnantes, des folies lucides ou avec conscience, et quo M. Falret cherche à en détacher pour les disperser dans le cadre nosologique, selon leurs analogies morbides avec les folies confirmées, il en est plusieurs, la folie hystérique consciente, l'hypochondrie morale consciente, par exemple, que j'aurais voulu analyser avec le critérium psychologique comme je viens de faire des autres; mais cela dépasserait la mesure que la société, je crois, veut donner à cette discussion. Tout en me réservant pour le cas où il plairait à la société de traiter à fond ces questions, je crois donc devoir m'enfermer aujourd'hui dans le cadre même du dernier discours de M. Falret.

1° La folie avec conscience est-elle une vraie folie?

2° Constitue-t-elle une espèce à part?

3° Ces malades ont-ils la capacité civile de tester, de contracter, etc.?

4° Sont-ils ou non responsables devant la loi pénale?

5° Leur responsabilité est-elle entière ou partielle?

6° A-t-on le droit ou le devoir de séquestration, à leur égard?

7° Quelles sont les ressources de la médecine dans ce mode de la folie?

Telles sont les principales questions que M. Falret s'est posées et a résolues à sa manière, d'après sa méthode.

Je vais à mon tour les examiner rapidement et chercher à les résoudre de mon point de vue psychologique, pour la folie consciente prise en général; mais en réservant à plus tard leurs applications aux cas particuliers, individuellement définis, de la folie avec conscience.

1° La folie avec conscience est-elle une vraie folie?

La folie véritable, ayant à mes yeux pour caractère essentiel l'extinction ou l'évanouissement momentané de la personnalité jusque dans son premier et dernier caractère : la conscience de soi et de la nature de ses conceptions et de ses actes; et l'irresponsabilité absolue étant à ce prix, il est évident que les conceptions et les actes morbides encore éclairés par la conscience de leur morbidité, sont un état d'*insanité*, non de *folie*; cet état d'insanité de l'être psychique et de ses actes, correspond à ce que sont, pour l'être et la vie organiques, ces états de malaise, d'indisposition, d'incubation morbide, qui ne sont pas encore une maladie bien déterminée,

mais l'un est la pente vers la folie, comme l'autre est le chemin, la préparation à la maladie caractérisée. Nous sommes ici dans la pathogénie plus que dans la pathologie précise.

Les questions subséquentes de capacité, de responsabilité, de mesure de l'une et de l'autre, du droit et du titre de la séquestration, de l'hygiène préventive, de la médecine curative découleront logiquement de ces prémisses, comme cette première solution découle du principe d'une normale, juge et mesure de la morbide.

2° La folie avec conscience est-elle une espèce distincte?

L'état mental morbide où survit la conscience, l'insanité, ne saurait être une *espèce de la folie*, puisqu'elle n'est même pas la folie. Le titre de la folie consciente que vous lui donnez autoriserait à en faire une espèce, tout au moins une variété; mais je viens de vous montrer que ce titre n'est pas légitime, et, comme tout ce qui pêche par la vérité, il est plein de conséquences dangereuses; car il tranche d'avance par implication, et à l'inverse du juste par cela seul qu'il n'est pas vrai, les graves questions de capacité, de responsabilité et de séquestration.

L'insanité, la morbidité mentale consciente d'elle-même, est plus qu'une espèce dans la nosographie aliéniste : elle est la première des deux périodes dans lesquelles se divise tout naturellement la pathologie mentale; elle est la période pathogénique ou préparatrice de l'aliénation mentale, dont la seconde période est la folie elle-même; à ce titre, elle est l'étude assurément la plus difficile, la plus délicate, mais la plus féconde de l'aliénisme. Toute la médecine mentale, en effet, est en germe dans l'analyse bien faite des simples insanités, c'est-à-dire dans l'analyse de cette morbide, faite à la fois du point de vue de la normale psychologique et de la normale physiologique.

3° Les malades qui ont conscience de la morbidité de leurs conceptions et de leurs actes ont-ils la capacité civile : de témoigner, de contracter, de tester, etc., etc.?

La capacité sociale ou légale, comme la capacité privée, résulte des facultés humaines; quand l'organisme et le jeu des facultés sont dans leur plénitude normale, c'est-à-dire quand toutes les facultés concourent hiérarchiquement à l'accomplissement des lois de la vie et, par conséquent, de la prédestination humaine, la capacité est absolue. Quand ce type psycho-

logique s'altère, mais quand on discerne encore dans la morbide quelques traces de la normale, un certain jeu des facultés, et par-dessus ce spectacle, la lumière de la conscience, la capacité devient relative et se mesure : et au degré de survivance et de concours de ces facultés, et au degré de cette lumière qui en éclaire les opérations. La capacité ne cesse complétement aux yeux du bon sens public comme aux yeux de la loi, que dans cet état d'effacement ou de désordre tel des facultés, que l'observateur n'y distingue plus rien de ce qui donne aux actes un caractère moral, c'est-à-dire rationnel, et que la dernière lueur de cette conscience qui révélait encore au malade le caractère de ses conceptions et de ses actes, s'est éteinte ou évanouie.

L'état mental que nous examinons en ce moment n'est évidemment, par son titre même, ni dans le premier, ni dans le dernier de ces cas; ce n'est ni la capacité absolue, ni l'incapacité absolue ; on ne saurait sans injustice, sans illégalité, prononcer contre ces malades ni l'interdiction, ni l'incapacité légale *absolues*, que la loi actuelle n'autorise que contre l'aliénation indubitable ; c'est donc un état de capacité relative et, par conséquent, la question devient une question de mesure. C'est le cas de recourir aux influences morales de l'entourage du malade, et aux tempéraments que le législateur a impliqués dans les amplitudes de la loi. La famille, les amis, les directeurs de conscience, les magistrats eux-mêmes, sous le caractère officieux, auraient plus d'influence qu'on ne croit par leurs conseils et leurs prévisions de l'avenir, sur ces esprits faibles, disposés à reconnaître au dehors une autorité salutaire qu'ils sentent n'avoir pas en eux, si l'on savait combiner ses efforts et surtout ménager avec respect une liberté, une dignité dont ces malades sont d'autant plus jaloux qu'ils les sentent mises en question.

« Mais, me dira-t-on, si le malade n'écoute rien de tout cela et se retranche dans les termes de la loi, faudra-t-il donc le laisser transmettre son insanité par le mariage et l'hérédité, détruire sa fortune et l'avenir de sa famille par la faculté de contracter, ou commettre des injustices ou des extravagances par la faculté de tester, etc. Vous préviendriez des malheurs et des hontes en prévoyant que la simple insanité d'aujourd'hui sera folie confirmée demain, et en prononçant dès aujourd'hui l'interdiction fatale pour demain. »

On raisonne et on conclut de même pour la séquestration.

Je raisonne et je conclus différemment. C'est l'effet de la différence de nos doctrines : la doctrine purement organicienne de la folie ouvre une pente à peu près fatale à l'incurabilité et à l'anticipation légale. La doctrine psychologique des insanités ouvre le champ à l'espérance et aux efforts souvent heureux, et rentre par là dans l'esprit de la loi, qui exclut l'*anticipation* autant que la *rétro-activité*; il faut à la justice de la loi un fait actuel et officiellement constaté d'aliénation, mais elle laisse à votre conscience scientifique, avec la liberté, la responsabilité de ses jugements. Ce qu'elle vise par-dessus tout, chez le juge comme chez le justiciable, parce que c'est là le fondement de la morale publique, c'est le principe du libre arbitre et de la responsabilité. A elle la responsabilité de l'institution, à vous, médecin légiste, comme au magistrat, la responsabilité des applications particulières. Mais un juge quelconque, de l'ordre scientifique comme de l'ordre judiciaire, n'est ou ne doit être que l'applicateur de la loi et de son principe. Vous faussez ce principe, si vous le faites fléchir devant des intérêts, même les plus apitoyants, devant des éventualités, même les plus probables, et si vous ne le suivez pas dans ses proportionnalités.

Quant à moi, dont la doctrine scientifique est parallèle à la doctrine morale de la loi, je fais comme elle ; je mets en rang honorable mais secondaire les intérêts privés qui se trouvent engagés, et je m'attache surtout au respect du libre arbitre et à la mesure de ses responsabilités. C'est pour cela que je demande avec tant de sollicitude à la psychologie la mesure des capacités et des responsabilités qu'elle seule peut me donner.

Votre point de vue, c'est-à-dire votre considération des personnes et des familles par-dessus le principe de la loi, vous vaudra assurément la juste reconnaissance des personnes et des familles débarrassées des tracasseries et des périls que leur font quelques-uns de ces insanes. Mon point de vue du principe par-dessus les personnes, ne me rapportera aucune de ces reconnaissances personnelles, j'en conviens; mais voyons ce que sera devenue la société après un demi-siècle de ces deux pratiques généralisées. Dans le premier cas, les principes insensiblement évanouis, ne vous laisseront que le fait et le gouvernement des influences. Dans le second cas, le respect traditionnel des principes inclinera tous les esprits sous le gouvernement de la loi et subordonnera tous les intérêts privés à la morale publique.

Mais la loi est progressive jusque dans la fixité de son principe. Pourquoi n'introduirait-on pas dans son texte cette distinction désormais scientifique entre l'insanité et la folie véritable? réservant à celle-ci l'incapacité et l'irresponsabilité absolues, et formulant autour de la simple insanité des restrictions proportionnelles.

Certains délais imposés à la réflexion, l'assentiment d'un petit conseil de famille, peut-être de certains notables, la révélation des antécédents et de leurs conséquences possibles à ceux que cela intéresse, etc. C'est ainsi que le père de famille mesure la liberté qu'il laisse à ses enfants au degré, essentiellement progressif, de la capacité, de l'enfance ou de la virilité morale de chacun d'eux. La loi est mère de la grande famille sociale. Elle n'aurait d'ailleurs qu'à retourner en ce sens ce qu'elle a déjà fait heureusement en d'autres sens. Par exemple, c'est au nom de l'incapacité d'engendrer ou au moins d'engendrer sainement, c'est-à-dire au nom de l'espèce, qu'elle interdit le mariage avant l'âge supposé de cette capacité. Le même principe lui donne le droit d'interdire le mariage à toutes les cachexies nécessairement héréditaires, et entre autres à la folie devenue organique et par là héréditaire. L'individualité a le droit, le devoir même de représenter et de reproduire son espèce, jamais de l'empoisonner, de la dégrader; et la loi ne peut, ne doit jamais être que la logique de l'espèce.

La juste mesure de la capacité légale est dans le degré de la lumière de la conscience, et dans le degré de concours que lui prêtent les facultés ou telles et telles facultés. C'est ici qu'est le défaut de la plupart des observations et, par suite, des jugements médico-légaux et judiciaires. Ce n'est qu'à la condition d'avoir fait des études psychologiques très-sérieuses, de porter en soi, dans la constitution même de son propre esprit et le jeu de ses propres facultés, le plan de la psychologie normale, et encore à la condition d'avoir pris conscience et connaissance de ce plan par l'observation délicate et incessante de la vie psychique chez soi-même et chez les autres; ce n'est, dis-je, qu'à ces conditions que l'aliéniste d'abord et le magistrat à la suite, peuvent mesurer chez les malades les dégradations de la normale déjà accomplies, et ce qui reste encore des facultés et de leur jeu, dans la morbide qui se déroule sous leur regard. C'est là cependant et là seulement qu'est la vraie mesure de la capacité légale mise en question. C'est ici que ressort la nécessité du critérium *de la normale*.

Aussi est-ce dans les problèmes de la capacité comme de la responsabilité légales des malades qu'éclatent les plus grandes divergences, les plus grandes incertitudes de l'aliénisme moderne voué à l'organicisme. C'est sur ces états intermédiaires entre l'incontestablo raison et l'incontestable folie que s'accumulent toutes les difficultés et toutes les responsabilités les plus grandes des solutions médico-légales; le problème devient parfois d'une extrême délicatesse; il y faut donc, à plus forte raison, toutes les délicatesses de la science et de la conscience.

4° et 5°. Ces mêmes malades sont-ils en responsabilité ou en irresponsabilité devant la loi pénale, et à quel degré?

Evidemment, la responsabilité est comme la capacité. Ces malades ne sont pas pleinement irresponsables parce que ce sont des insanes et non de vrais fous. Ils ne sont pas pleinement responsables, car ils n'ont pas la plénitude des facultés humaines, car ils sont insanes.

Ici encore, c'est une question de mesure, et puisque capacité et responsabilité sont deux termes solidaires, la responsabilité comme la capacité a sa juste mesure dans la somme de la vie psychique impliquée dans les conceptions et les actes et dans le degré de la lumière morale, c'est-à-dire de la conscience qui éclaire la scène ; et cette juste mensuration de la responsabilité du malade, qui dégage d'autant la responsabilité du magistrat et qui donnera à son jugement le caractère de justice, qui donnera à la peine le caractère de proportionnalité que veut la justice, cette juste mensuration, dis-je, dépend entièrement de l'observateur et de sa personnification au moins actuelle, de la normale psychologique autant que de la normale physiologique.

Ce n'est pas là la responsabilité partielle réservée à certains actes, ni la responsabilité hors de l'accès, hors de l'acte incriminé ; c'est la *responsabilité relative* de l'acte en question, c'est la responsabilité commune à tous les citoyens, mais atténuée par l'état mental do ces malades. Il va de soi que lorsque cet état mental morbide est étranger à tel ou tel des actes de ces malades, leur responsabilité redevient la responsabilité commune, sauf quelquefois des circonstances atténuantes proportionnelles au retentissement supposé de leurs accès de délire conscient sur le cours ordinaire do leur vie.

Les circonstances atténuantes peuvent encore s'attribuer chez ces malades à bien d'autres cas : leur mauvaise éducation première ; les difficultés de leur culture consécutive ; les

excitations morales ou plutôt immorales du milieu familial ou social dans lequel ils sont obligés de vivre ; quelquefois les surexcitations nerveuses nées de tel ou tel état de l'organisme corporel, etc., etc. Ces circonstances atténuantes, ainsi mesurées sur le malade lui-même et sur son milieu, viennent encore atténuer la responsabilité relative que leur fait l'état conscient, et compléter, rectifier la mesure souvent imparfaite de leur capacité mentale.

Mais ils sont dans le principe, au lieu d'être hors du principe de responsabilité.

Devant la loi, devant l'opinion publique, sous leur propre regard, comme aux yeux de la science et du médecin qui en est le magistrat, ils sont des insanes, non des fous ; ils sont encore des êtres moraux, ils n'ont pas encore passé cet angle terrible de la mort à la personnalité morale ; et ce jugement de la société, de la science et d'eux-mêmes, outre qu'il est juste, est leur point d'appui le plus solide pour remonter les pentes descendues ; il leur ouvre toute une carrière d'espérances et d'efforts. Je plaide pour eux autant que pour la société.

L'irresponsabilité absolue que vous prononcez sur eux, sous prétexte « d'échapper aux difficultés d'une responsabilité partielle ou relative » (J. Falret, numéro de mai 1866, des *Annales médico-psychologiques*, p. 423), ou plutôt par la fatalité logique du critérium qui les assimile aux vrais fous, l'irresponsabilité absolue, dis-je, prononcée par la science au nom de cette assimilation, brise en eux le dernier espoir et le dernier ressort que leur offrait l'état conscient, et précipite leur chute dans la folie, ou bien les démoralise sans retour, comme le prouvent ces tristes bénéficiaires de l'irresponsabilité absolue qui « se vantaient publiquement de pouvoir commettre un crime impunément, et poussaient d'autres malades à en faire autant, en leur disant que l'interprétation de leur maladie les exonérait d'avance de tout châtiment » (J. Falret, numéro de mai 1866, des *Annales médico-psychologiques*, p. 223).

Vous voyez que le titre même de folie que vous donnez à la morbidité consciente, est un danger parce qu'il est un entraînement vers l'assimilation à la vraie folie de ce qui n'est pas elle encore. Vous voyez que votre *critérium pathologique* est un autre danger, et plus grand encore, parce qu'il vous entraîne avec toute l'autorité d'un critérium, vers cette même assimilation, et vers sa conséquence : l'irresponsabilité

absolue. Vous vous félicitez par là d'échapper à la difficile mesure de la responsabilité partielle ou relative ; mais la vraie science ne consiste pas à esquiver les difficultés d'un problème par une assimilation forcée du problème posé à un autre problème résolu ; elle consiste à chercher, dans la nature même des choses, la solution demandée. Eh bien! c'est le critérium psychologique, c'est le terme de comparaison de la normale qui nous donne cette solution.

Vous-mêmes sentez bien que l'irresponsabilité absolue, que vous attribuez à cette sorte de malades, dépasse la vraie mesure de leur état mental, car vous leur attribuez aussi « sans être infidèle, dites-vous, à votre doctrine générale d'irresponsabilité » (J. Falret, numéro de mai 1866, des *Annales médico-psychologiques*, p. 424), une responsabilité partielle, dans ces termes : « Un homme déclaré absolument irresponsable dans un moment donné de son existence, peut être reconnu responsable dans un autre moment, quelquefois même assez rapproché » (J. Falret, id., id., id., p. 425). Il peut y avoir éclipse très-momentanée de la raison, du libre arbitre ; oui ; mais cette éclipse porte alors sur l'usage, non sur la constitution du libre arbitre, de la raison. Mais si cela se conçoit dans la doctrine psychologique des facultés, cela se conçoit-il aussi bien dans la doctrine organicienne qui ne voit dans les facultés que des fonctions cérébrales? Je me demande même comment vous pouvez concilier dans votre esprit ces alternatives si rapprochées de responsabilité et d'irresponsabilité avec votre doctrine de « solidarité absolue des facultés » ; comment vous pouvez concevoir les facultés (qui ne seraient que le cerveau en action) tantôt toutes malades, tantôt toutes saines, à un moment de distance.

Quoi qu'il en soit, la question reste posée entre l'irresponsabilité absolue et la responsabilité relative.

Elle me semble, inconsciemment soit, mais résolue en principe, dans la doctrine même de quelques-uns des partisans de l'irresponsabilité et de la séquestration légale des fous lucides. Ecoutez M. Trélat, à propos des penchants les plus impétueux et réputés les plus irrésistibles, ceux des satyres et des nymphomanes (folie lucide, 1861, page 41).

« Quelque impétueux que soient les penchants, l'intelligence, si elle est normale, les domine et les contient. »

« Si elle est normale », allez-vous vous écrier ! mais, ici, elle ne l'est pas !

Soit, mais si la responsabilité absolue est la loi de l'intelligence normale, c'est-à-dire de la pleine raison, la responsabilité relative est nécessairement la loi des premières dégradations de cette normale, c'est-à-dire des insanités que vous appelez la folie encore lucide, encore consciente d'elle-même. Pour que la justice, et la jurisprudence avec elle, passât de la responsabilité absolue à l'irresponsabilité absolue, il faudrait que la nature, dont la science n'est que le reflet, sautât d'un seul bond, de la pleine normale à l'extrême morbide ; et vous savez que la nature ne procède que par degrés. Ce sont ces degrés qu'il faut saisir et transporter de notre mieux dans nos appréciations médico-légales.

Les malades mentaux en état conscient, disent les partisans de l'irresponsabilité absolue, constatent eux-mêmes, par ce reste de leurs facultés, à côté du caractère morbide de leurs conceptions, de leurs impulsions, l'irrésistibilité de la pensée et de l'action délirantes, l'impuissance absolue de leur volonté à résister au courant morbide qui les entraîne. De quel droit, ajoutent-ils, les faites-vous responsables d'actes qu'ils réprouvent et qu'ils ne peuvent empêcher. La seule conscience survivante en eux n'est pas une base suffisante à la responsabilité. Cette base, c'est la volonté. Et ici cette base manque, parce que la volonté est insuffisante ; ils n'ont plus ce libre arbitre que vous invoquez au nom de la loi et de la morale.

Voilà bien l'objection dans toute sa force ; voici ma réponse :

La conscience, que nous donnons comme étiquette à cet état mental, parce qu'elle en est le trait saillant et contrastant avec la folie confirmée, la conscience, dis-je, n'est pas la seule faculté survivante en eux. L'observateur psychologue constate autour d'elle le jeu d'autres facultés ; or, si vous voulez bien vous rappeler ma doctrine du libre arbitre, de la raison et de la folie, c'est du concours des facultés, des sensibilités et des contractilités de l'âme, et non de la volonté seulement, que se constitue le libre arbitre. C'est à ce concours, en effet, que je viens de mesurer la vie psychique et la responsabilité de ces malades. Le libre arbitre subsiste donc encore chez eux, ils n'en disconviennent pas quand on les suit pas à pas dans leurs opérations psychiques ; mais ils s'excusent de leurs entraînements, de leurs actes coupables, sur leur incapacité, disent-ils, de résister à la force de l'idée ou

de l'impulsion qui les domine. Il n'est aucun homme, Messieurs, qui n'ait été, et qui ne soit le théâtre de ces tentations, de ces luttes entre une passion quelconque et sa raison, et qui ne puisse observer de près la filière logique du dénouement de cette lutte dans la victoire ou la défaite. Mais il est peu d'hommes qui s'observent, et il en est encore moins qui consentent à reconnaître leurs fautes et par conséquent à se reconnaître responsables dans la défaite. N'est-ce pas là l'état du monde en toutes choses? Ne voyez-vous pas chacun rejeter sur autrui, sur telle circonstance ou sur telle autre, ou sur des impossibilités prosque toujours imaginaires, les fautes et les responsabilités qui lui reviennent évidemment? Ne voyez-vous pas les armées dans leurs défaites, les peuples dans leurs désastres, se décharger sur leurs généraux et sur leurs gouvernants des conséquences de leur décadence et de leur peu de patriotisme?

D'ailleurs, est-ce bien à l'insane qu'il convient de demander un jugement droit sur lui-même? est-ce à l'accusé que la justice publique demande la condamnation ou l'absolution de ses actes? Il n'y a que la raison la plus ferme et la plus morale qui ait, sur sa propre vie, l'autorité de la justice.

Cet amour de la vérité et de la justice par-dessus soi-même, et la capacité psychologique de les reconnaître, surtout à ses dépens, sont bien rares! Il est plus facile et plus agréable de s'absoudre par l'irrésistibilité de ses impulsions. Le poëte latin qui s'écriait: « Video meliora et probo, et deteriora sequor », avait au moins la bonne foi, la pudeur, en se reconnaissant insane, en déplorant sa faiblesse, c'est-à-dire sa misère morale, de ne pas l'ériger en principe et en droit par l'irrésistibilité; il se reconnaissait responsable vis-à-vis lui-même et vis-à-vis le grand juge. Je ne nie pas, toutefois, que la tentation, que l'impulsion ne dépasse souvent la force do résistance, la force morale du tenté, de l'impulsé, mais n'est-il pas, souvent aussi, le vrai coupable de cette faiblesse morale?

J'ai beaucoup étudié, Messieurs, et peut-être pénétré chez moi et chez d'autres ce nœud gordien de la vie morale. Quand il vous plaira de traiter ici cette question vraiment capitale en aliénisme, je suis tout prêt, mais je dois aujourd'hui chercher à abréger au lieu d'étendre ma communication.

Je me borne donc à énoncer ces deux propositions que je

me réserve de démontrer: 1° L'irrésistibilité prétendue des insanes n'est pas *aussi vraie*, ni aussi souvent vraie qu'on le croit et qu'ils le croient quelquefois eux-mêmes. 2° On n'est pas seulement responsable du fait accompli sous l'empire d'un état mental peu propre à la lutte et à la victoire de la raison sur une idée ou une impulsion morbides quelconques ; on est souvent aussi responsable, dans une certaine mesure, d'avoir laissé s'accomplir en soi et se fixer par l'habitude, la dégradation mentale et morale qui vous rend impropre ou moins apte à la lutte, quand la lutte survient: une culture assidue, une surveillance incessante et une meilleure direction de soi-même, auraient souvent pu l'empêcher. La personnalité a ses devoirs vis-à-vis soi-même en retour de ses droits et de sa dignité. L'autonomie a ses conditions de formation, de conservation et de développement, comme tout ce qui a l'être et la vie.

6°. A-t-on sur les malades dont nous nous occupons, le droit de séquestration soit au nom de la sécurité sociale menacée ou compromise, soit au nom de la famille dont la paix est troublée, soit au nom même des intérêts matériels et moraux du malade, soit enfin au nom de sa santé plus facile à rétablir dans un asile ?

Le principe légal et moral de la séquestration, c'est la substitution du libre arbitre social, du libre arbitre familial et de la sagesse de la science au libre arbitre et à la sagesse avortés ou déchus du malade. Le malade, objet d'une séquestration légitime est un homme retombé en enfance, c'est-à-dire en minorité et même en impersonnalité. La loi, sa famille, la science sont ses tuteurs et disposent de lui sans lui.

Ni la loi, ni la famille, ni la science n'ont un tel droit vis-à-vis un homme qui conserve le sens moral, qui a le clair discernement du caractère anormal, morbide même et délictueux de telles et telles de ses conceptions, de tels ou tels de ses actes, qui dispose encore, en soi-même et dans sa vie, d'une certaine somme de facultés et de puissance d'action et qui par cela même peut encore, en ramassant toutes ses forces intellectuelles et morales, et en s'appuyant au besoin sur des bienveillances, des dévouements et des conseils, se relever soi-même de ses chutes. La responsabilité que j'invoquais tout à l'heure au nom de la sécurité sociale, sera le ressort de ce relèvement; vous briseriez ce ressort et offenseriez la justice en assimilant l'insane à l'aliéné. Il est encore sous la loi

commune des citoyens, et non sous la loi d'exception des aliénés. Vous pouvez l'emprisonner en conséquence d'un jugement correctionnel ou criminel: sa conscience qui suffit encore à reconnaître le caractère morbide et délictueux de ses actes, lui fera reconnaître aussi la justice de sa peine et l'inclinera vers le repentir, vers la reprise de possession de lui-même, c'est-à-dire vers le retour à la normale en survivance dans la morbide. Si vous commettez contre sa dignité, contre sa propriété de soi-même, la violence d'une séquestration, la même conscience qui l'éclaire sur sa propre insanité, l'éclairera sur l'insanité, sur l'arbitraire de votre acte; et tout ce reste de vie psychique qui se rangeait tout à l'heure sous la conscience pour réagir contre soi-même et remonter la pente vitale descendue, va se liguer, se dresser maintenant devant vous dans un état d'irritation, de haine, de contracture, de désordre qui ne peut que précipiter ses décadences. C'est ce que vous constatez vous-mêmes dans un grand nombre de vos observations, chez la plupart de ces malades encore conscients séquestrés malgré eux-mêmes : tout ce qui leur reste de facultés n'est plus employé qu'à s'évader de l'asile et à se venger de ceux qu'ils supposent être les auteurs directs ou indirects de la violence dont ils ont été l'objet. La vie psychique est, comme la vie organique, est comme toute vie, elle ne se consacre à son perfectionnement que lorsqu'elle est assurée de sa conservation. Vous aurez donc fait l'oppqsé de l'œuvre moralisatrice de la loi, de l'œuvre pacificatrice de la famille, de l'œuvre réparatrice, réformatrice de la médecine; tout cela, pour avoir méconnu les conditions psychologiques de votre malade, pour avoir emprunté votre critérium à la pathologie qui ne peut, en effet, qve vous entraîner à des assimilations morbides inexactes et funestes.

Demandez au contraire ce critérium à la normale, c'est-à-dire à la psychlogie, et, par leur nature même, elles vous feront remonter les pentes de la pathogénie. Quelque affaibli qu'il puisse être chez nos insanes, sachons donc reconnaître et respecter ce divin ressort de la conscience : au lieu de le mépriser et de le briser dans son reste, suscitons-le, car c'est en lui qu'est la vraie ressource de la médecine mentale, de la morale familiale et de la morale sociale. C'est en effet de ce respect du libre arbitre que se compose le principe de non-intervention, devenu aujourd'hui le principe des rapports internationaux; l'Europe s'est rappelé les terribles réaction de la

France contre les prétentions des gouvernements étrangers, à son égard. C'est le respect qu'on a aujourd'hui de son libre arbitre, qui lui fait tourner ses réflexions sur elle-même et la dispose à se réformer. Les individus sont des peuples en miniature.

Toute la scène psychique que je viens de dérouler change, en effet, et se retourne du mal au bien, quand c'est le malade lui-même qui, prenant conscience des conditions favorables à la paix de sa famille et favorables à son rétablissement, comme il a conscience de son état morbide, demande lui-même à être séparé des siens, et souvent en cela des causes de son insanité, demande à être interné dans un asile. Du moment que ce fait sera l'accomplissement d'un vœu formé par lui-même et perdra son caractère de violence et d'injustice, il n'y verra plus qu'un bienfait et sera tout ouvert, et par le cœur et par l'esprit, à tout ce que l'autorité de la morale et de la science ainsi reconnues par lui, pourront faire pour sa guérison.

Si vous ouvriez en principe à la société, à la famille, à la science, un droit de séquestration sur des insanes, c'est-à-dire sur les personnes exposées à des idées absurdes, à des impulsions morbides, à des actes extravagants, quoique encore conscientes du caractère anormal de cet état, quoique encore en possession d'une certaine somme de facultés, mais vous jetteriez le filet de Charenton sur la société presque tout entière ! je vous défie de préciser le point de la pathogénie mentale où vous arrêteriez les conséquences d'un tel principe. Dans ces vastes et populeuses régions de l'insanité humaine, personne, au moins dans tels ou tels moments de sa vie, ne serait sûr d'échapper à cette épée de Damoclès de l'aliénisme. Seriez-vous même bien sûrs de la parfaite et constante sanité des hommes auxquels vous remettriez une arme aussi dangereuse ? Mesurez en les conséquences, si sous l'osez! Ce n'est donc pas en principe et au titre de leur état mental que les insanes doivent être exposés à la séquestration; c'est en fait, en fait exceptionnel et au titre des actes délictueux contraires à la morale publique, non pas qu'ils pourraient commettre, mais qu'ils ont commis. La loi présuppose le bien jusqu'à l'explosion du mal ; elle légifère pour l'espèce et non pour des individualités ou des familles. Les circonstances atténuantes se chargent ici, en attendant la loi que je demande, de distinguer l'insane du méchant et du fou véritable; c'est dans

le principe de la loi actuelle que la confiance du médecin et du juge puisera les mesures et les tempéraments de la justice. Mais ce principe est du domaine de la psychologie.

7° Quelles sont les ressources de la médecine contre la folie consciente ?

La question préjudicielle ici, est celle de la curabilité ou de l'incurabilité, Ici encore, comme dans toutes les questions précédentes, nous avons, vous et moi, les conséquences logiques de notre doctrine et de notre critérium.

La folie avec conscience est déjà pour vous la *vraie folie*, puisque vous ne l'envisagez que du point de vue de ses analogies, de ses similarités avec la folie confirmée, que du point de vue pathologique. La même tendance assimilatrice qui vous a fait conclure, à quelques exceptions près qui ne font que confirmer votre principe, à l'irresponsabilité absolue, doit nécessairement vous conduire, à moins d'inconséquence dont vous êtes incapable, à l'opinion de l'incurabilité de la folie consciente. La doctrine organicienne, en plaçant le siége et la cause de la folie dans quelque altération organique, encore indéterminée, de la substance cérébrale, conduit à peu près fatalement à la même conclusion.

La doctrine psychique et le critérium de la normale me tracent, me creusent une pente opposée que je crois la vraie. La curabilité de l'insanité avec conscience m'est affirmée par son caractère encore tout psychique et m'est confirmée par la pathogénie elle-même. Ici, en effet, par la nature même des choses, la curabilité est bien plus *facultative* : elle dépend surtout de l'état de l'âme bien plus facile à modifier que l'organisation corporelle ; elle est bien plus remise à la bonne volonté du malade et à la direction du médecin.

D'ailleurs, deux voies au lieu d'une restent ouvertes aux efforts de l'un et à la science de l'autre. La médecine morale, loin d'exclure la médecine organique, l'appelle à son aide et combine avec elle ses moyens. Pour que la médecine morale ait toute sa puissance modificatrice sur l'âme humaine, il faut que toutes les excitations ou irritations qui lui viendraient de l'état morbide des organes, soient calmées ; que les débilités organiques qui peuvent aussi, quoique en sens inverse, retentir sur le moral et l'incliner vers la dépression et vers l'inertie, soient réparées ; il faut qu'aucun système d'organes, aucun organe ne puise, ou dans une nutrition mal répartie, ou dans les excitations du dehors, ou dans un exercice vital mal équi-

libré, ne puise, dis-je, cette prépondérance organique, cet excès de développement et de force, cette exuhérance de sensations, de sentiments, d'appétits, d'impulsions, qui menacent de dépasser les forces de résistance morale, de déborder la puissance d'une raison faible encore, mal affermie en elle-même. Ce sont là les objets légitimes de l'hygiène et de la médecine ordinaires.

Mais il est évident qu'un état mental encore essentiellement psychique, réclame une hygiène morale pour le prévenir, une médecine morale pour le combattre. L'hygiène mentale et morale n'est que la pratique journalière des lois de la vie psychique; elle devient par là la conservatrice de la normale de chaque âge de la vie. La médecine mentale et morale curative a pour hut de faire rentrer dans leurs conditions normales la constitution de l'être psychique et l'organisme de ses facultés, et d'en régler le jeu et les rapports avec les divers objets de la vie, d'après les lois de la vie et sur le plan de la prédestination humaine. Je ne veux ici qu'en poser les premiers jalons : cela revient à donner pour hase à l'édifice des facultés et pour but à leur action, le principe du devoir et le respect du droit d'autrui en toutes choses, c'est-à-dire le culte des principes par-dessus tout et le respect de son semhlable comme de soi-même. Cette suhordination pieuso à plus haut que soi, et cet esprit de justice autour de soi, suffisent déjà à contenir ou à réprimer les effervescences de l'égoïsme et de l'orgueil, c'est-à-dire les exaltations du moi, sources ordinaires de la plupart des insanités humaincs. C'est là le seul point fixe de la vie ; les agitations humaines ne sont que des gravitations désordonnées et inconscientes vers ce principe, seul point d'appui assuré de tous les efforts généreux, de tous les progrès, dc tous les relèvements humains. Coordoner les facultés dans une gravitation régulière autour de co principe ; surveiller leur concours hiérarchique à la conception du vrai, à la pratique du juste, c'est-à-dire à la reproduction de leur principe en toutes choses ; faire naître ou renaître, et grandir par cela même, le sentiment de la dignité et de la responsahilité ; susciter et exercer incessamment chez ces malades l'empire sur soi, la domination de leurs sensations, de leurs sentiments, de leurs fantaisies, de leur égoïsme naturel ; leur faire une habitude de se voir, de se juger, de se rectifier eux-mêmes au nom d'un principe incontestable, comme celui de ne faire à autrui que ce qu'ils voudraient leur être fait à eux-mêmes ;

en un mot, les relever insensiblement, de l'état d'enfance psychique où les ont laissés la mauvaise éducation et l'inculture consécutive, le plus haut qu'on peut sur cette échelle de virilisation morale progressive, qui conduit à l'autonomie, à la raison, à la normale de la vie.

Il y faudra, j'en conviens, beaucoup de temps, une grande bonne volonté chez le malade et, ce qui est plus difficile encore, une grande autorité morale, une grande habileté psychologique, un grand dévouement chez le médecin, régénérateur de ce grand enfant ; enfin, ce qui est fort rare, le concours intelligent et bienveillant de ceux qui l'entourent.

Ces conditions sont difficiles à réunir ; aussi devons-nous nous attendre à bien des échecs. Mais l'insuccès viendra plutôt des personnes appelées à concourir que de la nature de la maladie.

Dans votre séance du 30 août, au moment de mon exposé doctrinal, votre honorable président, M. Blanche, opposait à ma doctrine psychologique de la folie consciente, deux observations, qu'il m'a envoyées depuis. Je les ai lues avec toute l'attention qu'appelle ce qui vient de notre très-honoré collègue; elles mériteraient d'être publiées *in extenso* dans vos *Annales* ; mais, après une communication déjà trop longue peut-être, je dois, ici, me borner à leur analyse.

Dans l'une de ces observations nous voyons une jeune fille, après le spectacle émouvant et souvent répété d'un cancer de la face, découvert et pansé chaque matin sous ses yeux, concevoir l'idée que tout, autour d'elle et sur elle est imprégné du pus cancéreux qu'elle a vu couler de cette plaie hideuse. Dès lors, elle devient « triste, préoccupée » et passe ses jours et ses nuits à laver, à brosser, c'est-à-dire à poursuivre au dehors l'objet fictif de son horreur, ne pouvant chasser de son esprit l'idée de cet objet ; et cependant elle reconnaît que cette idée ne peut être que fausse. Mais insensiblement cette fantasmagorie se dissipe et elle reprend la vie de tout le monde. Alors elle se marie, devient mère, sans aucun trouble de sa santé ni physique ni morale. Sa petite existence tranquille, bornée, était heureuse, quand un spectacle subit, d'émoi public et de cris, à propos d'un chien qu'on dit être enragé et qui ne l'approche même pas, la trouble profondément et la jette dans une sombre tristesse : elle croit que tout, autour d'elle, jusqu'aux aliments, est imprégné d'une « poussière rabique, » et elle recommence de frotter et de

laver jour et nuit comme elle l'avait fait, dans son premier délire, mais cette fois avec des « agitations et des emportements » qui la font placer dans une maison de santé spéciale. Ici encore, elle reconnaît que « ses terreurs sont sans fondement», elle les déplore et les subit « ne pouvant les vaincre »; mais elle espère qu'elles se dissiperont d'elles-mêmes comme la première fois. Sa santé organique est et a toujours été excellente. Il n'est *rien* dit de son éducation et de la force ou faiblesse de son esprit.

Eh bien ! je ne vois rien là que de confirmatif de ma doctrine psychologique des insanités, et du caractère psychologique de la conscience qu'ont les insanes de la morbidité de leurs actes; cette observation aurait pu même me servir de preuve : il est évident que l'être organiquo est hors de cause ; l'auteur de l'observation le constate lui-même avec soin; il est évident que nous avons affaire à un esprit faible, qu'une pauvre éducation et le défaut de culture ont laissé en enfance morale, qui peut suffire au paisible courant journalier d'une petite vie réglée par l'habitude, et qu'aucun souffle n'agite, mais qui défaille à la première épreuve. Deux fois, sous deux formes différentes, l'idée, née d'une sensation émouvante, devient maîtresse de co pauvre esprit, et asservit ses facultés et les organes do l'action à sa réalisation extérieure; car toute idée qu'on ne chasse pas du dedans tend fatalement à sa réalisation au dehors. N'est-ce pas un véritable asservissement que ce travail de jour et de nuit à satisfaire des idées que l'on sait être fausses, des terreurs que l'on sait être vaines? l'esclave, qui obéit sous le fouet aux extravagances du maitre, n'est pas plus esclave que cette pauvre fille. Ici, le maître est une idée, le fouet est sa logique ; voilà toute la différenoe. Quant à la conscience qu'a l'insane de la fausseté de cette idée, de la déraison des actes auxquels elle l'entraîne, quant au sentiment de sa faiblesse devant la tyrannie de l'idée, c'est la même conscience qu'a l'esclave de l'extravagance de son maître, c'est le même sentiment qu'il a de son impuissance devant l'oppression; et cette conscience commune, c'est cette partie de l'âme qui assiste à cette scène de despotisme et d'asservissement, spectatrice plutôt qu'actrice : comme la conscience de l'esclave restée libre sous le bâton du maître. La conscience de notro insane reste libre et clairvoyante sous le despotisme de l'idée. C'est l'*ultimum moriens* encore vivant dans cette âme; et voilà pourquoi l'insanité n'est pas encore

la folie : la personnalité n'est pas morte ou éclipsée tout entière.

Le bon maître qui délivrerait l'esprit des tyrannies de l'idée, c'est la raison c'est-à-dire la virilité morale, comme le maître juste et généreux qui délivrerait l'esclave des oppressions du mauvais maître, c'est le supérieur qui personnifierait en soi cette raison juste et bienfaisante.

Mais c'est précisément cette raison, cette puissance morale supérieure qui est, non pas tout à fait absente, mais tellement débile chez notre malade, que l'idéo usurpatrice, comme la servante-maîtresse, s'en moque et passe outre.

Et comment une âme ainsi asservie et qui conserve encore quelque conscience de sa dignité, de sa prédestination souveraine, ne serait-elle pas triste, assombrie, inquiète, agitée de cet avilissement d'elle-même ! l'esclave, courbé sous un joug implacable, et qui se sent homme encore, peut-il donc être épanoui et content ! la source de cette tristesse dont vous faites un des traits de l'affection mentale, est donc ici toute morale. La même personne, en effet, que nous voyons *morne* sous l'oppression de l'idée fausse, on nous la peint heureuse, épanouie, quand l'idée vraie, quand l'idée saine d'une conjugalité confiante, d'une douce maternité, règne et gouverne sans obstacle, sans épreuve, dans sa modeste vie.

Il est dans la nature de toute idée qui n'est pas entretenue par les sensations d'où elle est née, ou par des courants accessoires, venus des personnes ou des choses, de tarir dans sa source et dans son cours; surtout si elle est fausse ; parce que la nature humaine, inséparable de nous-même, la ruine et la supplante incessamment par les idées vraies qui en sont l'antidote le plus sûr. Voilà comment cette fille a guéri, en quelque sorte d'elle-même, par le cours naturel des choses. Voilà pourquoi, jeune femme, elle a l'intime espérance de guérir de même. Voilà la révélation, par la nature, du véritable traitement moral.

Vous le voyez, il y a au fond de tout cela une logique qui se déroule sans effort et qui nous dit : tout cela est psychologique. Mais cela n'exclut pas de certaines prédispositions héréditaires; cela n'empêche pas le psysiologiste de remarquer que la répétition des idées délirantes, a aggravé et approfondi ses effets, jusqu'à des accès d'agitation et des violences qui ne s'étaient pas produits la première fois, et qui inclinent au caractère convulsif. C'est que l'idée délirante, en s'im-

posant au cerveau pour s'exprimer au dehors, lui impose insensiblement son caractère de désordre ; et ce désordre, purement fonctionnel d'abord, peut devenir organique. Que ces crises délirantes se continuent ou se renouvellent souvent, et la folie, encore purement psychique, pourra bien devenir organique. Le fait qu'on m'oppose, est donc favorable aussi à la doctrine des deux périodes de la folie, l'une initiale et psychique, l'autre finale et organique.

Dans sa seconde observation, M. Blanche nous présente une jeune fille qui, à la suite d'une « très-vive frayeur, causée par un violent orage, sans avoir toutefois ressenti aucun effet direct ou indirect de la foudre », devient triste, taciturne, concentrée, et finit par avouer à ses parents que « depuis le jour où elle a eu tant peur de l'orage, elle croit voir partout du phosphore, sur elle-même et sur tout ce qui l'entoure. » Dès lors, elle brosse et lave sans cesse, et fuit tout rapport, tout contact, pour échapper au phosphore qu'elle voit partout, jusque dans ses aliments. Ses parents ne font pas exception à ses terreurs. Si l'on combat l'idée qui la domine « elle s'emporte et devient menaçante. » Elle est, nous dit lui-même M. Blanche, « de moins en moins maîtresse d'elle-même » et veut en finir, par le suicide, avec une existence devenue insupportable. Cependant « elle reconnaît que ses terreurs sont chimériques, mais elle ne peut les chasser de son esprit. » Après cinq mois d'un « traitement approprié » qu'on ne nous dit pas, *au sein du calme et du repos* d'une communauté religieuse à laquelle on l'a confiée, son délire s'évanouit peu à peu et finit par cesser complétement.

Le fond de cette observation est évidemment le même que celui de l'observation précédente. L'idée née d'une sensation violente, et en effet corrélative à cette sensation, domine la jeune malade jusqu'à l'asservissement le plus pénible, le plus douloureux, le plus incompatible avec les agréments et les besoins de la vie. Il n'y a de changé que l'objet de cette idée délirante. Mon analyse psychologique de l'observation précédente s'applique donc de tout point à celle-ci, et je me garde de la répéter. Je me borne à analyser de mon point de vue quelques traits secondaires que j'envisage tout autrement que l'aliénisme actuel.

On a attribué un caractère presque pathognomonique à l'altération plus ou moins profonde des sentiments d'affection des aliénés conscients, pour leurs parents et leurs amis les

plus intimes. Ce signe se retrouve chez la jeune fille en question : elle aimait beaucoup ses parents avant son délire, elle les a beaucoup aimés après, elle les détestait pendant.

Mais ce phénomène, qu'on isole en l'élevant à un rang exceptionnel, n'est qu'une conséquence, encore toute psychologique, du fait principal de l'asservissement à une idée fausse. C'est, en effet, là, le principe dont tout le reste n'est qu'une série de conséquences variées.

L'idée maîtresse de cette âme, de ses facultés et de ses actions, ne connaît, elle, ni parents, ni amis. Elle ne voit aujourd'hui dans les personnes autrefois les plus chères, que des *porte-phosphore*, c'est-à-dire un perpétuel danger d'empoisonnement, et elle inspire à ce *moi* qu'elle gouverne, à cet inexorable *moi* qui se veut avant tout, la crainte et l'aversion pour ce qui le menace, chose ou personne, quelle qu'elle soit ; cette éclipse du passé le plus cher, ce silence complet, cette répulsion même d'un cœur autrefois si tendre, vous donnent la mesure de la puissance de l'idée qui s'est intronisée dans l'esprit. Que l'idée fausse disparaisse de l'esprit, et son triste pouvoir disparaît avec elle, et le cœur et ses affections reprennent tous leurs droits.

L'analogie peut, ici, nous éclairer. Je vous dis : c'est le moi, le moi égaré, mais le moi enfin, qui est au fond de cette révolution des sentiments affectifs de notre malade, et vous avez peine à le croire ; mais vous croyez bien aux alternatives rapides de l'amour, à la haine chez les amants passionnés, selon qu'ils se croient aimés ou trahis. Vous en avez chaque jour de tragiques exemples ! Qu'y a-t-il au fond de ces alternatives d'adoration insensée et de jalousie féroce, sinon le moi, l'égoïste, l'implacable moi, ici ravi de la possession exclusive, là furieux de la perte ou du partage de son objet. Vous n'avez pas oublié la définition de Mme de Staël : « l'amour est un égoïsme à deux. » Ici, vous n'avez pas même l'idée d'attribuer une source organique à un phénomène si évidemment psychique. Sous d'autres noms, sous d'autres formes, la source psychique des désaffections des monomanes, n'est pas moins claire. Le moi se retire de partout où il se croit en danger. Il fait plus, l'impitoyable, il arrache la vie à l'objet de ses plus vives tendresses, s'il y voit le prix de la sienne, et si le sens moral ne le retient pas : Je vous ai cité dans ma « clinique des insanités progressives de la folie » (*Annales médico-psychologiques*, n° de mars 1870, pages 186 à 190), des cas authen-

tiques de sauvages, dominés, affolés par la faim, qui dévoraient leur sœur et même leurs enfants. Les détails de cette observation vous prouvent que cette terrible passion était chez eux, réfléchie, et par conséquent, devenue psychique.

Deux parents, deux amis vivaient en paix dans le sein d'une même croyance. L'un d'eux est catéchisé par un fanatique. L'idée d'absolu et d'intolérance a succédé dans son esprit à l'idée de relatif et de douce tolérance, et le voilà qui excommunie de son cœur et s'il le pouvait de la vie, comme au temps des auto-da-fé, comme les Jacques Clément et les Ravaillac, l'ami qu'il aimait, le souverain qu'il eut vénéré sans l'idée fanatique qui s'est emparé de son esprit. C'est une idée, rien qu'une idée qui est la source première des guerres vraiment religieuses.

« Si l'on combat l'idée qui la maîtrise, nous dit M. Blanche de sa seconde malade ; ello s'emporte et devient menaçante ; c'est alors qu'elle est de moins en moins maîtresse d'elle-même. » C'est peut-être le trait leplus saisissant de la puissance despotique de l'idée qui a usurpé la souveraineté de l'âme. Comme les despotes en chair et en os, cette idée ne souffre pas contradiction. Plus son empire est illégitime, plus ello défend qu'on le mette en question. Elle exige alors de son esclave, non-seulement la pratique de ses conséquences, mais des démonstrations violentes contre ses contradicteurs. Ne voyez-vous pas dans l'histoire, des usurpateurs qu'on appello conquérants, exiger et obtenir de la nation asservie, des secours armés contre elle-même ?

Vous avez sans doute remarqué, Messieurs, chez cette seconde malade de M. Blancho, le fait, rare chez une jeune fille, de la tentative suicide? et je vous vois me demander, avec sourire, si cette tendance suicide, que la plupart au moins d'entre vous rattachent à l'hérédité organique, est encore une conséquence psychique?

Oui, certainement, mais une conséquence psychique, qui peut être préparée, facilitée par les avortements, los défectuosités du système nerveux, que la plupart de ces malades reçoivent de l'hérédité.

Malgré ses poses tragiques, la tendance ou la tentative suicide n'est qu'une faiblesse. L'âme humaine exprime et mesure par là sa suprême défaillance, sa désespérance finale devant la toute-puissance qu'elle suppose à l'idée qui la tyrannise ; c'est la délivrance par la mort d'un asservissement qu'elle se

croit impuissante à secouer par la vie. Si l'éducation lui avait donné la virilité morale à côté de la résignation patiente dont la nature a doué la femme, notre jeune fille se serait dit que la vie « est un combat dont la palme est aux cieux » et aurait engagé et soutenu la lutte, en combinant le courage avec la patience. Qui oserait dire aujourd'hui, avec les Brutus et les stoïciens égarés, que la désertion du champ de bataille de la vie est une force et une vertu ?

Il y a mieux cependant que le courage qui lutte fièrement contre un puissant ennemi : c'est la sagesse du « principiis obsta » d'Hippocrate, c'est-à-dire la volonté, armée de sens moral et toujours veillant, qui repousse énergiquement, dès son premier abord, l'idée usurpatrice. Plus tard, en effet, la conscience survivante de l'insane aura beau dire à l'idée, comme la raison de Thémistocle disait à Eurybiade : « Frappe, mais écoute; » l'idée, sans conscience comme sans raison et sans entrailles, qui n'écoute et ne suit qu'elle-même, répondra : « Je suis et je reste maîtresse. »

Qu'ai-je fait dans cette analyse et par ces analogies, messieurs, si ce n'est éclairer et mesurer la morbide par la normale; si ce n'est réfléchir, parallèlement, sur l'aliénisme et sur la vie des individus et des peuples, les lumières communes de la psychologie ; sinon remplir mon programme?

Que de clartés plus vives et plus fécondes encore rayonneraient sur les obscurités profondes de notre science, si nous sondions le mystère des prétendues possessions démoniaques, si nous pénétrions le chaos historique des folies humaines de tout genre, le flambeau de la normale à la main.

M. Delasiauve fait remarquer combien les exemples choisis par M. Fournet sont en désaccord avec la théorie qu'il a développée.

Aucun cas d'aliénation, en effet, ne présente à un degré plus tangible la prédominance d'un état organique dans la manifestation des accidents.

M. Fournet a parlé du caractère exclusivement psychique que peut offrir une émotion. En lui-même, le fait n'est pas contestable ; mais l'autre fait ne l'est pas plus, celui qui imprime à la scène pathologique son aspect et qui décide de son intensité, c'est l'ébranlement nerveux qui est la conséquence de cette émotion.

Dans les phases que traverse cet ébranlement nerveux, il y a des degrés, des rémittences, des exacerbations. De là, les pa-

roxysmes que donne à observer le délire. L'éréthisme cérébral inséparable de ces paroxysmes peut amener la perpétration d'actes délirants desquels le sujet a plus tard conscience, desquels il se rend un compte plus ou moins exact, alors que l'éréthisme a fait place à une période de sédation.

C'est sur cette catégorie d'aliénés qu'a porté l'étude de M. Falret. C'est sur celle-là, dit en terminant M. Delasiauve, que j'ai appelé l'attention en décrivant cette forme mentale sous le nom de pseudo-monomanie ou délire partiel diffus.

La notion positive qui ressort de l'examen analytique des faits n'est pas conforme à l'idéal que M. Fournet se fait de l'état de maladie et de l'état de santé.

Sous l'empire de l'éréthisme nerveux qu'une cause occasionnelle quelconque a pu déterminer, — que cet éréthisme soit purement nerveux ou lié à un état hyperhémique, ou encore consécutif à un œdème de l'encéphale, — tel sujet peut se livrer à des actes délirants qu'il n'accomplira jamais, cette période d'éréthisme une fois passée ; mais, au moment où ces actes se sont produits, leur caractère d'insanité même, constituait le sujet en état de maladie ; et c'est dans l'intervalle, c'est après la cessation de la période d'éréthisme morbide qu'il a subie, que le sujet redevient capable d'apprécier la portée des actions auxquelles il a été conduit.

M. Lunier insiste sur la portée du mot *conscience* dont s'est servi M. Falret, dans son étude sur les aliénés *avec conscience de leur état*.

M. Falret a entendu rapprocher, rassembler dans un groupe commun les aliénés jouissant de la faculté d'apprécier les phénomènes insolites qui se produisent dans leurs centres nerveux.

Contradictoirement à la thèse soutenue par M. Fournet sur la nature exclusivement psychique des désordres, M. Lunier fait remarquer en outre que l'influence de l'hérédité, en matière d'aliénation, n'est nulle part plus manifeste et plus constante que chez les aliénés *avec conscience de leur état*.

MM. Blanche, Motet, Lucas et Delasiauve appuient la remarque de M. Lunier à propos de l'activité toute spéciale de l'influence héréditaire dans les cas dont il s'agit.

Cette influence, d'ailleurs, était manifeste dans les exemples invoqués en dernier lieu par M. Fournet.

M. Lucas rapporte les faits suivants qui lui semblent rentrer dans la classe sur laquelle M. Falret a appelé l'attention.

1er *cas*. — En dehors de toute influence héréditaire, une femme, parvenue à l'âge de la ménopause, fut prise, il y a neuf ans, d'un délire provoqué par la pensée qu'elle était atteinte d'un cancer utérin d'origine syphilitique.

Admise à l'asile de Vaucluse, elle y fut traitée et guérie.

Aujourd'hui, elle se présente de nouveau, se rendant un compte précis de l'aberration dont elle a jadis été victime ; mais sous l'empire de la terreur que lui cause la conviction qu'elle va incessamment être en proie à une attaque de folie furieuse. « J'ai la tête absente, dit-elle, j'éprouve un vif désir de voir mes enfants; mais je fuis leur approche, parce que j'ai peur d'être prise, en leur présence, de l'attaque de folie furieuse dont l'imminence fait mon tourment. » Telles sont les propres expressions à l'aide desquelles elle caractérise l'état de son esprit.

Elle redoute de plus, et c'est en cela qu'elle est consciente de son état, de céder, dans le délire dont elle se croit menacée, à l'impulsion qu'elle éprouve par moments pour le suicide.

2e *cas*. — Une femme a été vendue par sa mère à l'âge de 13 ans, et a subi dans une maison de tolérance toutes les violences de la salacité.

Après plusieurs années passées comme fille publique, elle parvient à s'évader et disparaît. Un homme à qui elle cache ses antécédents fait sa connaissance et vit en concubinage avec elle pendant 13 ans, sans avoir eu jamais, d'après sa propre déclaration, aucun reproche à lui adresser à propos de sa conduite.

Parvenue à l'âge de la ménopause, cette femme est prise d'hallucinations de l'ouïe. Les voix qu'elle entend lui retracent incessamment, et dans les termes les plus précis, les circonstances de sa vie passée.

Ces récits dont elle subit l'illusion et à la réalité desquels elle croit, la jettent dans une anxiété extrême.

Un traitement approprié a mis fin aux hallucinations ; mais aujourd'hui même qu'elle est délivrée du phénomène morbide qui l'obsédait, la malade conserve la conviction que le phénomène a été objectif, bien qu'elle en apprécie l'insanité.

UN DOUBLE SUICIDE; LE PÈRE ET LE FILS.

M. Legrand du Saulle. — J'ai l'honneur de communiquer à la société le fait suivant, qui me paraît digne de fixer son attention.

Il y a huit ou dix jours, les journaux ont rapporté les circonstances très-dramatiques qui avaient amené un suicide double, rue de Turenne. J'avais été frappé de voir un jeune homme de dix-sept ans, témoin impassible du suicide de son père, s'emparant de l'arme meurtrière et se brûlant à son tour la cervelle. Je m'étais vaguement demandé si la mort volontaire du fils était due à la contagion, à l'imitation ou à l'hérédité morbide, lorsque le hasard me fit trouver avant-hier auprès d'un malade, avec M. le docteur Touzelin, et j'appris, à mon très-grand étonnement, que nous connaissions, lui et moi, les deux suicidés de la rue de Turenne.

Voici le cas :

Au mois d'octobre 1874, nous fûmes choisis pour arbitres, MM. Lasègue, Touzelin et moi, dans une question d'instance projetée en séparation de corps. Le mari, M. W., licencié en droit, homme d'affaires, très-occupé de spéculations à la Bourse, rapportait, d'une part, qu'il avait été très-heureux à une certaine époque dans ses opérations financières et qu'il avait gagné quatre cent mille francs; que sa femme, sur cette somme, avait placé cent mille francs en son nom, et qu'elle n'avait rien dit, tant qu'il avait réalisé de beaux bénéfices, mais qu'elle avait commencé à se plaindre et à le tourmenter dès qu'il avait perdu; qu'il avait eu depuis quelques années plusieurs *congestions cérébrales*, des infidélités étranges de la mémoire et des besoins instinctifs de prendre la fuite; qu'il était arrivé une fois à Marseille, sans savoir comment il y était venu, et qu'en attendant des nouvelles et de l'argent, il s'était mis à faire des affaires, à jouer à la Bourse et qu'il y avait gagné 150,000 francs en dix-huit mois; qu'un de ses fils était venu le rejoindre, puis qu'un beau jour, sans motifs connus, sans causes appréciables et sans souvenir d'avoir en quoi que ce soit prémédité un voyage, il s'était retrouvé à Paris; qu'un an après, il se trouva au Havre un matin, souffrant beaucoup de la tête et qu'il ne peut aucunement se rappeler comment il s'embarqua, mais qu'il reprit connaissance et surtout la possession de tous ses souvenirs en mer, au bout d'un temps assez long, puisqu'il demanda où il se trouvait et qu'on lui répondit : « en vue de Bombay; » qu'il fut très-malheureux dans l'Inde, mais que le consul de France fut bon pour lui et qu'il finit par le rapatrier; qu'il n'a plus rien actuellement, que l'un de ses fils s'est attaché à lui, vit de sa vie et est son unique consolateur; que sa femme habite avec ses trois autres

enfants et ne veut plus le recevoir, ni lui donner d'argent, bien qu'elle ait actuellement huit mille francs de rente et qu'il ne l'ait jamais maltraitée.

La femme rapportait, d'autre part, que son mari était bizarre, mobile, quinteux, violent, joueur forcené à la Bourse, étranger à toutes les satisfactions domestiques, avide de l'inconnu, calculateur incorrigible, amoureux du hasard et du péril, audacieux jusqu'à la folie, irascible, emporté, menaçant et violent; qu'il avait eu des accidents cérébraux d'une nature bien extraordinaire; qu'il s'était sauvé en bras de chemise dans tout Paris, par une nuit d'hiver; que son voyage à Marseille avait été bien surprenant, mais que son voyage dans l'Inde s'expliquait bien moins encore; qu'elle avait pu obtenir heureusement sa séparation de biens autrefois, mais qu'elle demandait aujourd'hui sa séparation de corps, parce qu'elle avait peur d'être frappée et peut-être tuée; qu'elle s'en remettait par avance à la sentence arbitrale qui serait rendue, mais qu'elle déclarait que la vie en commun était désormais impossible.

Je rédigeai, après sérieuse délibération entre nous, et nous signâmes, MM. Lasègue, Touzelin et moi, une pièce dans laquelle, sans vouloir nous prononcer sur les voyages à Marseille et à Bombay, nous établîmes la probabilité de phénomènes épileptiques larvés, la nécessité d'un traitement par le bromure de potassium, et l'obligation, au moins pendant deux ou trois ans, d'une séparation amiable, dans l'intérêt des quatre enfants, mais sous la réserve d'une pension suffisante qui serait servie à M. W. par sa femme.

Or, d'après M. Touzelin, médecin ordinaire et confident intime de ces époux désunis, il paraît que le malade a été véritablement amélioré, qu'il a supprimé son traitement et qu'il n'a pas tardé à s'exalter par intervalles et à nourrir contre sa femme des projets de vengeance; qu'il est parti un jour pour supplier encore une fois cette dernière de le recevoir en mari et en père, qu'on ne lui ouvrit pas la porte, qu'on lui signifia une irrévocable décision, malgré l'annonce formelle d'un suicide immédiat, et que, désespéré et hors de lui, il se tua.

La porte de l'appartement de Mme W. resta close. Ce que voyant, le jeune homme de dix-sept ans se baissa sur le cadavre de son père, examina si la mort avait été instantanée, ramassa le revolver et se fracassa le crâne. Des voisins accoururent et trouvèrent deux corps inanimés.

Et maintenant, étant admis que le suicide du père est un suicide pathologique, à quelle cause réelle attribuer le suicide du fils? Au refus énergique de la mère, à la mort tragique du père, à l'émotion inspirée par l'horreur d'une telle scène, à l'influence de l'exemple et peut-être à une promesse faite de ne point survivre à un père si tendrement affectionné. Et ce jeune homme de dix-sept ans n'était-il pas enfin le fils d'un déclassé, d'un congestif étrange, probablement d'un épileptique larvé et d'un suicidé? Triste catastrophe, mais catastrophe fertile en déductions sociales, psychologiques et cliniques!...

La séance est levée à 6 1/2.

Dr Collineau.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS

Archivio italiano.

Année 1874.

Analyse par A. Brierre de Boismont.

A M. le docteur Andréa Verga, président de la société Fréniatrique et à mes collègues de la Société.

En me plaçant, comme vous l'avez fait, dans la section des membres bonoraires étrangers que comprend votre Société, vous avez voulu me donner une preuve de votre reconnaissance pour le zèle que j'ai mis à vulgariser vos travaux et ceux de vos compatriotes. J'aurais déjà été très-satisfait de me trouver au milieu des savants distingués que vous avez choisis, car il n'est pas un d'eux dont les œuvres ne soient connues des aliénistes de tous les pays. L'approbation des étrangers, d'ailleurs, a dit une illustration française, est le commencement de la justice.

Recevez mes bien sincères remerciements et veuillez les transmettre à vos dignes collègues,

Votre très-dévoué collègue,

A. Brierre de Boismont.

I. TRAVAUX ORIGINAUX.

1° Verga. *Définition de la folie et comment la définit-on ?*

Chaque année le professeur Verga fait au grand hôpital de Milan un cours de maladies mentales, qui obtient un véritable succès, parce que l'auteur, indépendamment de son expérience et de sa propre science, est au courant de tous les bons travaux qui se publient à l'étranger. La première difficulté qui se présente, quand on cherche à résoudre la question de la définition de la folie, est celle-ci : Existe-t-il une ligne tranchée qui sépare nettement la raison de son égarement ? Lorsqu'on s'examine intérieurement, on est péniblement affecté de la foule d'idées désordonnées, bizarres, étranges, malsaines, mauvaises, honteuses, immorales, coupables qui traversent notre cerveau. Le sens moral les repousse, mais

parfois elles nous poursuivent avec acharnement, et plusieurs nous laissent amoindris, si même elles ne nous font pas rougir. C'est le résultat du mélange de bien et de mal, qui est en nous. Aussi a-t-on admis que tout dans la nature se liait à des anneaux invisibles.

Verga ne conteste pas les fortes analogies de la raison et de la folie ; il reconnaît même que celle-ci peut vivre avec le génie, confirmant ainsi la vérité de l'adage vulgaire : les extrêmes se touchent. Napoléon Ier avoua un jour au célèbre Pinel que, par instants, il ne se sentait éloigné de la folie que de l'épaisseur d'un liard, et pensez, lui disait-il, que je pourrais tomber dans vos mains, d'un moment à l'autre (1). Peut-être Pinel, à cette époque, avait-il commencé à descendre les premiers degrés de l'échelle douloureuse qui devaient le conduire à l'extrême démence.

Parmi les obstacles qui s'opposent à la formule de la définition de la folie, on a mis en ligne de compte la multiplicité, la variété et le changement des symptômes. Les médecins, qui ont suivi les leçons de Verga ont pu noter, qu'au nombre des malades qu'ils observaient, pas un ne ressemblait à son compagnon, et qu'il y en avait même qui présentaient le revers parfait de la médaille. Comment comprendre dans une seule définition une pareille variété de physionomies ?

Un autre embarras se produit dans l'obscurité où l'on est du siége précis et de la condition pathologique de la folie. Il ne suffit pas d'avancer que le mal réside dans l'encéphale, il faudrait indiquer les parties de l'encéphale qui souffrent dans les diverses formes de l'affection et le mode précis de lésion. Est-il dû à une simple congestion, à une véritable inflammation, à l'anémie ou à un vice de nutrition ?

On remarque cependant que la variété, la multiplicité, le changement des symptômes ne sont pas propres seulement à la folie, mais qu'on les observe aussi dans beaucoup d'autres maladies, qui n'en sont pas moins constituées. La scrofule, par exemple, dans divers individus et jusque dans le même, se manifeste avec des phénomènes entièrement différents. Ces dispositions existent également dans la syphilis, la pellagre, le scorbut. Quelle variété de formes ne constatons-nous pas dans l'hystérie, l'hypochondrie, la chlorose, l'épilepsie, la chorée et d'autres névroses ?

(1) Scipion Pinel, *Physiologie de l'homme aliéné.*

Lorsqu'on relit les définitions qui ont été données de la folie par les meilleurs observateurs, on n'en trouve pas une seule qui soit exacte et sans de fortes omissions.

Ainsi la définition séduisante de Moreau, de Tours, l'aliéné est un homme qui rêve tout éveillé, ne peut s'appliquer rigoureusement à tous les stades et à toutes les formes de la folie. Connaît-on d'ailleurs ces conditions du songe ? En philosophie, la définition de Voltaire, la folie est une maladie qui empêche l'homme de penser et d'agir comme les autres hommes, est celle qui paraît la plus compréhensive et la plus vraie. Elle ne soutient pas cependant l'examen médical, car la paralysie, la chorée, le tétanos et plusieurs maladies chirurgicales peuvent empêcher de penser, mais certainement s'opposent à ce qu'on agisse.

Les médecins et les philosophes de toutes les opinions conviennent que l'homme l'emporte sur tous les animaux par des facultés et des fonctions particulières, dont on a personnifié la réunion par le mot *âme*. Que ces facultés et ces fonctions, d'un ordre supérieur, soient en étroit rapport avec l'organisme, et rentrent dans le cercle de la vie humaine, cela est prouvé par les modifications qu'elles subissent, sous l'influence des maladies du cœur, des poumons, du foie, des intestins, de l'utérus, etc. Mais il reste à voir, si ce que nous savons de ces facultés et de ces fonctions autorise les médecins à soutenir, que la folie est une maladie, si complétement différente de toutes les autres, qu'on doive lui donner le titre de *maladie de l'âme*.

Tout ce que nous pouvons dire jusqu'à présent, c'est que ce qu'il y a de plus commun dans les définitions de la folie, est la négligence, l'oubli de l'élément somatique, et la prééminence de l'élément psychologique.

Je ne reviendrai plus, ajoute Verga, sur les définitions des lettrés, des philosophes et des savants, je choisirai mes principaux témoignages parmi les médecins et surtout parmi les aliénistes.

Paul Zacchias, Joseph Frank, Spurzheim, Fantanelli, Bonacossa, Bonucci, Mantegazza définissent la folie psychologiquement, mais lorsqu'on lit avec attention ces auteurs, on a la certitude que, dans leur définition, s'ils n'ont pas mentionné le cerveau, c'est qu'ils avaient la conviction que cet organe était présent à la pensée de tous.

Pour n'en citer qu'un exemple, Mantegazza, un des esprits

les plus indépendants et les plus oseurs, en parlant de la folie, a soin d'ajouter qu'il faut traiter les centres nerveux.

Les définitions qui paraissent à Verga devoir être prises en considération sont celles de Chiarugi, d'Esquirol, de Georget, de Broussais et de Berti.

Chiarugi définit la folie : *un délire chronique et permanent avec lésion primitive de l'organe cérébral* ; cette définition a le défaut d'être trop restreinte. Pour éviter cette précision défectueuse, Esquirol appelle la folie : une *affection cérébrale ordinairement chronique et apyrétique*, caractérisée par *les désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté*. Georget la qualifie d'une manière plus large et plus négative : c'est, dit-il, une *maladie apyrétique du cerveau, le plus habituellement d'une longue durée, presque toujours avec lésion incomplète des facultés intellectuelles et affectives, sans désordre notable des sensations et des mouvements, sans trouble grave et sans perturbation sensible des fonctions nutritives et génératrices*.

Broussais, le redoutable déontologiste, pour qui la raison, le moi, la conscience ne sont que des résultats de l'action nerveuse de l'encéphale, considère la folie comme un *effet de l'irritation primitive et sympathique de l'encéphale. Le malade ne jouit ni d'une raison constante ni d'une raison juste ; il n'est pas dans des rapports normaux avec les autres hommes*. Suivant Verga, l'emploi répété du mot *irritation* a fait beaucoup de tort à l'ouvrage de Broussais.

Le professeur Berti n'hésite pas à déclarer que la folie est une *névrose cérébrale, une affection psychomatique qui trouble plus ou moins la conscience et le libre arbitre*.

Après avoir exposé les diverses variétés de définitions des auteurs éminents et passé en revue toutes celles qu'il a pu connaître, Verga les divise en trois groupes.

Au premier appartiennent les définitions trop vagues ou trop exagérées ; telles sont celles du vulgaire, de quelques lettrés dont les connaissances psychiatriques ne dépassent pas celles du public, les définitions qui ne s'appuient que sur les extrêmes et font du fou un homme sans raison, sans intelligence, sans volonté, un rêveur, un automate, qui ne sait ni se régler, ni vivre en société.

Il comprend dans le second groupe les définitions trop restreintes, incomplètes, simples, idéologiques et psychologiques. A cette section se rapportent aussi celles des maladies de l'âme,

des désordres des opérations de l'esprit, des aberrations des sentiments, de l'impuissance de la volonté.

Dans le troisième groupe se rangent celles que Verga croit les meilleures, mais qui ont un défaut, celui de ne pas tenir compte de maladies psychiques congénitales, telles que l'idiotie, l'imbécillité, le crétinisme, par la pensée que ces maladies sont complétement différentes de la folie, ce qui est aussi l'opinion de Verga ; mais, fait-il observer, tant que les imbéciles, les idiots et les crétins seront accueillis dans les manicômes, formeront des sujets d'études, seront soignés par des médecins aliénistes et appelleront l'attention des tribunaux, ils ne pourront être exclus d'une définition de la folie. Dans un passage de sa classification, Verga soutient avec force que Parchappe a eu raison de ne pas les réunir. Il est hors de doute, en effet, que ces deux grandes formes des désordres de l'intelligence présentent les différences les plus tranchées.

On ne sera point surpris qu'un médecin qui a autant travaillé ait essayé aussi sa définition, après toutefois avoir fait remarquer que Pinel, Griesinger, Girolami s'en étaient abstenus ; il la formule sous deux rédactions dont nous reproduisons la suivante :

La folie est une affection acquise ou accidentelle du cerveau, primitive ou secondaire, idiopathique ou sympathique, ordinairement lente ou apyrétique, dont le patient est mal averti, et qui, altérant les fonctions relatives de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, fait que l'individu se montre différent du commun des hommes et de ce qu'il était lui-même.

Si, après tant d'efforts, en étudiant la folie dans les manicômes, les hospices, les prisons, la société, je n'ai fait, dit-il, en donnant une définition de ce mal, qu'éviter Scylla pour tomber dans Charibde, à quelle conscience les magistrats font-ils appel pour définir la folie avec l'aide d'un médecin expert, qui n'est pas toujours un aliéniste?

D'un autre côté, si la folie est une maladie du corps qui a son siége dans le cerveau, comme la phthisie a le sien dans le poumon, et que, par conséquent, elle doive être traitée exclusivement par les médecins, comme le soutenait Paul Zacchias, médecin du pape Innocent X, comment les procureurs du roi osent-ils proclamer qu'ils ne veulent pas d'un jury composé de médecins experts aliénistes, mais seulement d'hommes honnêtes sachant ce qu'ils veulent.

A cette énergique protestation de Verga, sur un sujet qu'il connaît si bien, je répondrai : Aliénistes, continuez d'observer et publiez les faits positifs dans la presse politique, scientifique et littéraire qui vous a ouvert ses colonnes.

2° *Homicide commis par un vieillard lypémaniaque avec délire de persécution, sur sa belle-fille.* Rapport médico-légal des docteurs Serafino Biffi et Antonio Tarchini Bonfanti.

Les expertises médico-légales ordonnées par les tribunaux sont d'un grand intérêt dans les cas obscurs, difficiles qui touchent au crime. C'est ce qu'a très-bien démontré l'intéressant ouvrage du Dr Maudsley sur le crime et la folie dont nous avons donné une analyse étendue dans les *Annales médico-psychologiques*, no de mai 1875.

Le fait cité en tête de cet article, examiné par deux médecins très-versés dans la matière, présente un enseignement très-instructif.

Dans le courant de l'année 1872, un vieillard, du nom de Rossi, demeurant dans un faubourg de Milan, et qui jusqu'alors n'avait encouru aucun reproche, sortait de sa maison, brandissant un couteau de cuisine et sans avoir dit un mot à sa belle-fille, qui causait tranquillement avec des amies, se jetait sur elle et la frappait d'un coup mortel.

Après cet acte, Rossi rapportait le couteau dans la maison, errait quelques heures dans les champs et venait ensuite se remettre dans les mains des guides de la sûreté en avouant ce qu'il venait de faire.

Envoyé par le juge instructeur d'abord en prison, puis au grand hôpital de la Senavra, il fut soumis pendant quatorze mois à l'examen des médecins, et reconnu par eux atteint de mélancolie, d'hypochondrie, avec délire de persécution. A ces symptômes psychiques se joignaient des phénomènes gastro-hépatiques et cérébro-spinaux. Il y avait tendance à la démence.

Voici le rapport médico-légal, remis par les docteurs Biffi et Bonfanti au magistrat instructeur :

Le cas de Rossi n'est pas un de ceux qui se révèlent au premier abord. Les experts ont dû étudier patiemment l'inculpé, le visiter souvent, l'entretenir longtemps, et prendre des renseignements auprès de toutes les personnes qui l'avaient connu.

Rossi, alors âgé de 67 ans, ancien artisan, avait cédé quelques

mois auparavant son avoir, consistant en deux livrets de la caisse d'épargne, valant environ trois mille livres, à son fils Pietro, mari de la jeune fille, à la condition de l'entretenir dans sa maison. Il était porté à la sensualité, mais rien n'avait pu faire supposer qu'il aurait commis un pareil forfait.

Avec le temps Rossi est entré dans des détails sur son existence antérieure. Il a fait connaître qu'il était d'un caractère hypocbondriaque et que sa tête s'échauffait facilement. Dix ans avant le meurtre, à la suite de chagrins domestiques, il avait tenté de se suicider; et plus anciennement, après une forte contrariété, il avait eu un embarras dans la tête qui paraît avoir consisté en un délire aigu et fugace. Ce mal guérit chez lui, sans qu'on ait soupçonné sa folie au dehors; mais il se reproduisait toutes les fois qu'il avait des émotions ou des peines.

Relativement à l'époque du meurtre, il résulte des documents fournis par le procès, qu'il s'était mis dans la tête que sa belle-fille entretenait une intrigue amoureuse, et qu'elle donnait l'argent de la maison à son amant. Il s'imaginait aussi qu'elle nourrissait une forte haine contre lui, qu'elle l'injuriait, le menaçait d'attenter à sa vie, qu'elle avait même essayé de l'empoisonner avec deux œufs, et une autre fois de le jeter dans une chaudière d'eau bouillante. Toutes choses complétement imaginaires, d'après les témoins qui étaient unanimes à déclarer la jeune femme honnête, sédentaire, bonne ménagère et d'un caractère doux, mais toutes choses aussi qui peuvent se produire chez un esprit exalté, impressionnable, et ayant sa raison. A ces symptômes se joignaient des hallucinations et des illusions. Il disait avoir entendu le murmure des discours de sa belle-fille et de son amant, vu les signes qu'ils se faisaient de loin. Il prétendait encore que le jour de l'attentat sa belle-fille avait pris pour son amant les livrets de la caisse d'épargne, parce qu'il ne les avait pas trouvés dans leur lieu habituel. Un acte qui prouve l'égarement de sa raison, c'est qu'il tua en plein jour sa belle-fille et devant un grand nombre de personnes.

Une autre circonstance importante, confirmative de la folie, c'est que les nombreux témoins du fait matériel virent avec étonnement Rossi en présence de sa victime rester impassible, silencieux, comme s'il rêvait, redevenir maître de lui et se remettre entre les mains de l'autorité.

Certainement, en fractionnant pour ainsi dire les circonstances singulières qui précédèrent, accompagnèrent et sui-

virent l'homicide, et en examinant une par une chacune de ces circonstances, on peut atténuer la valeur pathologique de chacune d'elles, comme le font souvent les avocats, et même le convertir en crime méritant la mort, ainsi qu'on l'a fait pour les quatre assassinats commis en plein jour et devant tout le monde par Bergès, dit Berreton, dont la folie est cependant incontestable (*Gazette des Tribunaux*, 23 et 24 août 1875 et *Annales médico-psych.*, 1875, t. XIV, p. 420); aussi le Président de la République a-t-il converti la peine de mort en réclusion perpétuelle. Mais quand on observe le fait dans son ensemble, on ne peut faire moins que de conclure qu'il présente les conditions caractérisant l'homicide, accompli pendant un état morbide.

L'étude successive des médecins-experts durant l'enquête confirme pleinement ce jugement déjà porté, en s'appuyant sur les circonstances exposées, lors de son premier transfert dans la prison. Dès ce moment, il se montre agité, comme un homme en convulsions; il refuse la nourriture, il se plaint de céphalalgie, et plus particulièrement d'un sentiment de constriction douloureuse dans la tête, de tremblements internes dans la poitrine. Il devient ensuite taciturne, n'interrompant son silence que par des plaintes hypochondriaques. Une fois, il se frappe dans le bas-ventre, en se faisant dans la peau trois incisions avec des ciseaux pour se tirer, dit-il, du sang, et débarrasser sa tête qui lui paraît lourde. Il lui survient une insomnie opiniâtre, des convulsions épileptiformes internes, une confusion de l'esprit et un accès de délire avec hallucinations.

Pour simuler de pareils symptômes, il eut fallu à Rossi des connaissances médicales qui étaient inadmissibles, et sur lesquelles, d'ailleurs, la volonté était sans pouvoir, telles que la dilatation des pupilles, les palpitations du cœur se montrant subitement après les convulsions épileptiformes, de plus la figure caractéristique d'un grave accès de cette affection, et enfin sa physionomie qui est spéciale à la folie lypémaniaque.

Aussi les experts ont-ils conclu qu'au moment du meurtre de sa belle-fille, Rossi était fou halluciné, et qu'il n'avait plus le libre usage de sa volonté.

Le juge instructeur ayant demandé aux experts si ces aliénés pouvaient être remis en liberté, ils répondirent que les mélancoliques (lypémaniaques) avec hallucinations, délire de

persécution et convulsions épileptiformes, étaient les plus dangereux aliénés, parce qu'ils se trouvaient entraînés à des actes atroces et imprévus. Les médecins aliénistes sont généralement d'avis qu'à moins de guérison certaine, ces malades doivent être enfermés dans des asiles spéciaux.

3° Drs Carlo Livi, A. Tamburini et Carlotti. *Rapport médico-légal sur l'assassinat d'une femme par son mari.*

Le nommé Galimberti, âgé de 23 ans, laboureur, marié depuis deux mois, est domicilié à Saint-Martin-le-Vieux. Il n'y a pas eu dans la famille d'aliénés, d'affections cérébrales ou nerveuses. Les parents sont d'honnêtes campagnards, qui vivent en bonne intelligence avec leur fils. Celui-ci est sérieux, peu parleur, fantasque, mais sans méchanceté ; c'est une de ces natures qui ne peuvent ni aimer ni se faire aimer. Il avait cependant inspiré une affection à une jeune fille nommée Rosina, bonne, modeste, réservée, agréable de figure, et très-honnête.

Mais les jours heureux du mariage ne furent pas de longue durée. Les voisins surprirent la jeune femme pleurant fréquemment. Le mari de son côté était morose, de moins en moins communicatif. Il fuyait la conversation et répondait à peine aux questions.

L'aspect de ces deux individus avait quelque chose de mystérieux qui ne persista pas longtemps. La femme avoua à sa belle-mère que son mari était horriblement jaloux. Il l'accablait jour et nuit de reproches. Il s'était imaginé, dès la première nuit, qu'elle n'était pas vierge.

Pour les parents qui les avaient tous les jours sous les yeux, et voyaient la conduite sans reproche de la femme, la jalousie ne suffisait pas pour expliquer le genre de vie de leur fils. Ils le firent examiner par un homme respectable de leurs amis, auquel il répondit qu'il allait mal, qu'il ne pouvait se gouverner, que sa femme l'avait empoisonné ; on finit par apprendre que Galimberti, sous l'influence de sa jalousie, sans autre motif apparent, s'était persuadé que sa femme était une sorcière, qu'elle l'avait ensorcelé, même avant de l'épouser, puis privé de sa qualité d'homme, et qu'elle avait aussi ensorcelé sa famille.

La malheureuse femme, très-effrayée de son mari, ne le voyait plus s'approcher qu'en tremblant.

Une crise terrible se préparait. Le 20 janvier 1874, deux jeunes filles jouaient près de la maison de Galimberti, lorsqu'elles entendirent un cri, venant de loin, et des coups, comme si l'on fendait du bois. Elles virent presque aussitôt Galimberti sortir de la maison, la figure renversée et s'enfuir dans les champs. Tremblant qu'il ne fût arrivé un malheur à la Rosina, elles coururent avertir les voisins. La belle-mère entra la première, elle trouva la Rosina étendue sans vie, gisante dans une mare de sang, horriblement mutilée au visage, au cou, aux mains; elle avait trois doigts coupés à la main gauche; à côté du corps il y avait une hache ensanglantée.

Galimberti fut pris le lendemain dans le lit d'une de ses tantes, à une assez grande distance de son domicile. Il était en proie à une excitation nerveuse et à un tremblement continuel. Interrogé, il répondit que sa femme l'avait châtré et ensorcelé avant le mariage. Ce que j'ai fait, répéta-t-il, c'est parce qu'elle m'avait ensorcelé et assassiné. Il prétendait, en outre, que sa femme l'injuriait, menaçait de le tuer, et le jour où il la frappa, il crut voir qu'elle avait préparé un coutcau sur la table et qu'elle venait par derrière pour le frapper. Le plus habituellement, ses réponses aux questions qu'on lui adressait étaient *je crois*, *je ne sais pas*. On lui montra la hache ensanglantée, il s'écria : C'est celle-là qui me coupera le cou.

Il est résulté pour les experts de cet examen qu'il a signé d'une main tremblante, que son esprit était malade. Certainement son caractère sombre et sauvage, son intelligence faible et comme rentrée en elle-même, constituaient une prédisposition à la folie, et une passion désordonnée, comme la jalousie, devait le jeter aveuglément dans les emportements d'une exaltation frénétique.

En voyant les motifs de haine qui s'accumulaient dans sa tête, on comprend la rage qui s'empara de lui contre sa femme, et les hallucinations aidant, elle devint pour lui une affreuse scélérate dont il ne pouvait se débarrasser que par la mort.

Les experts ont fait observer que, par moments, il a des idées confuses de son crime. Il en parle comme d'une chose très-ancienne. Il croit avoir assassiné la Rosina avec une hache, il en vient même à se repentir, et appelle le châtiment sur sa tête.

L'examen a été souvent repris; le plus ordinairement, le malade ne répond pas et il faut renouveler les questions, ou bien il ne prononce que des monosyllabes comme, *mais*, *je ne sais*

pas et autres mots semblables. Quand on l'interroge sur sa femme, il dit : elle le sait; très-souvent il reste muet. Il paraît fort abattu, les nuits sont sans sommeil. Peu à peu la santé physique s'est améliorée et il a cherché à s'occuper, mais sa sensibilité était obtuse, il dormait très-peu, son sommeil était fréquemment entrecoupé de soupirs, de gémissements. Il parlait toujours de sa femme, dans les mêmes termes ; un jour cependant voyant lire un journal il s'approcha pour regarder. L'infirmier lui ayant demandé pourquoi il avait fait cela, il répondit qu'il savait qu'on l'avait mis dans les journaux et qu'il voulait savoir s'ils y avaient raconté son fait.

En terminant leur travail les experts ont déclaré qu'après l'avoir observé plusieurs mois, ils avaient la conviction que Galimberti était atteint de la forme d'aliénation mentale, connue sous le nom de lypémanie, avec délire de persécution, que comme cette forme peut exister avec des accès furieux; c'était dans une de ces crises que Galimberti avait tué sa malheureuse femme; qu'en toute conscience ils ne pouvaient faire autrement que de le déclarer irresponsable d'un acte qu'il avait commis dans une impulsion maladive.

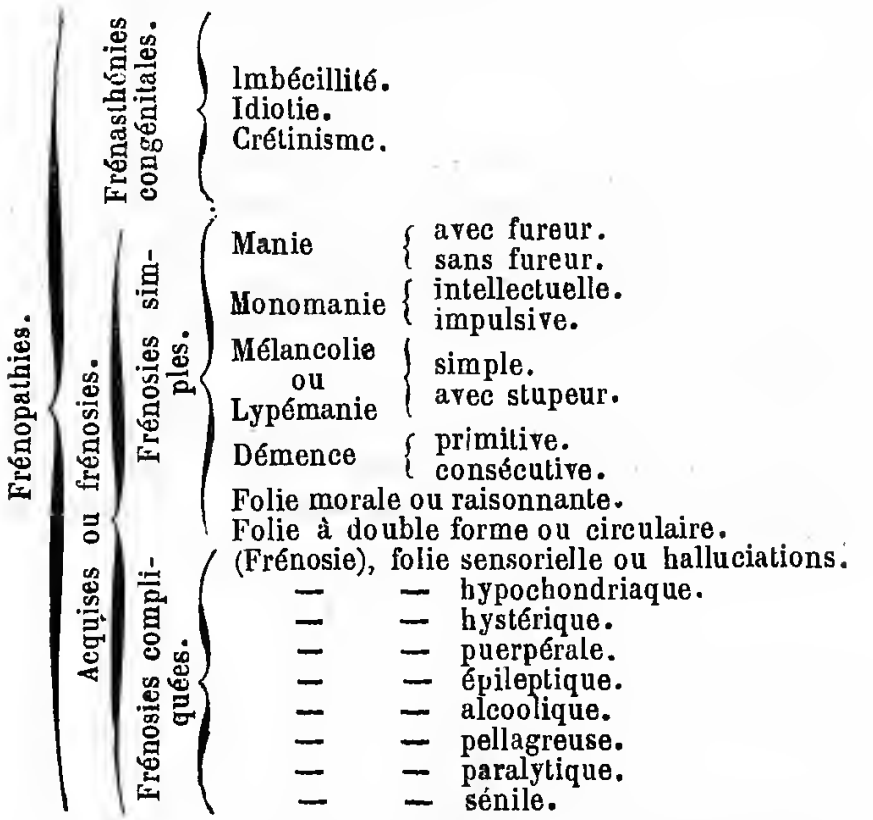
4° Dr Verga, *Projet d'une classification uniforme des maladies mentales, au point de vue de la statistique.*

L'auteur commence par faire remarquer que l'élément qui domine à un haut degré dans les définitions et les classifications de la folie est l'élément psychologique. C'est qu'en effet, c'est par l'altération des facultés intellectuelles et morales que se manifeste ce désordre de l'esprit. Désirant, ce qui est le vœu général, établir une classification uniforme des maladies mentales, au moins au point de vue de la statistique, Verga trace un bon résumé de toutes les classifications connues; il formule ensuite la sienne, mais sans la proclamer supérieure aux autres; il en parle, au contraire, d'une manière très-modeste.

La statistique étant le but qui le préoccupe plus particulièrement, il lui paraît très-important de grouper les diverses formes d'aliénations mentales dans les modes les plus naturels, en tenant compte surtout de l'élément étiologique, parce que la forme représente toujours la maladie.

Nous allons maintenant énumérer les diverses formes de sa classification, en indiquant dans chacune d'elles ce qui lui a

paru spécial, après en avoir reprodait le tablcau suivant; avec les dénominations qu'il leur donne.



Frénosies et frénasthénies. — Aliénations acquises, aliénations congénitales.

Verga divise les maladies psychiques en celles qui frappent dans le cours de la vie et altèrent les facultés intellectuelles et morales, déjà développées, et en celles qui sont le produit d'une maladic congénitale, ou d'une affection quelconque, qui empêche le développement organique et fonctionnel de l'encéphalc. Cette seconde section que Parchappe avait commencé à séparer de la folie proprement dite, comprend l'imbécillité, l'idiotie et le crétinisme. Verga regrette qu'on n'ait pas isolé ces trois séries de la folie proprement dite, surtout, au point de vue statistique.

Cc profcsscur commence sa classification par les aliénations simples, dont les formes élémentaires anciennes sont la manie, la monomanie, la mélancolie ou lypémanie et la démence. Il y a joint les conquêtes modernes de la folie morale ou raisonnantc et de la folie circulairc ou à double forme.

Chacune de ces espèces élémentaires présente des variétés : ainsi la manie est avec fureur ou sans fureur ; la monomanie,

d'après lui, peut être intellectuelle et impulsive ; la mélancolie (lypémanie) est simple ou avec stupeur ; la démence est essentielle ou primitive ; elle est le plus ordinairement consécutive, car elle constitue la terminaison des maladies mentales. Je l'ai désignée dans le premier cas sous le nom de démence aiguë (1).

Viennent ensuite les *folies morales et à double forme*. Dans la première peuvent se ranger l'*exaltation maniaque* ou la *manie sans délire*, de Pinel ; la *monomanie raisonnante*, d'Esquirol ; la *folie lucide*, de Trélat ; la *folie d'action*, de Brierre de Boismont ; tous cas dans lesquels paraît à peine l'altération de l'intelligence, mais ici se montre avec une gravité réelle le délire des affections ou des sentiments.

La folie circulaire ou à double forme pourrait s'étendre à tous les cas dans lesquels la manie alterne avec la mélancolie, l'excitation avec la dépression, la manie avec la stupeur.

Aliénations compliquées.

Des formes compliquées de la folie, la plus simple est celle qu'on a appelée *folie sensorielle*, et que le plus grand nombre des médecins désigne sous le nom d'*hallucinations*. Cette folie s'associe très-souvent à la manie. Les hallucinations internes ou glanglionnaires sont fréquentes chez les aliénés. Elles constituent parfois le mal principal, et sont cause de querelles interminables et d'actions extravagantes et dangereuses.

Folie hystérique. Elle est sujette à des hallucinations internes et se complique d'accès convulsifs.

Folie puerpérale. Elle est liée à des conditions spéciales de l'appareil générateur et se montre souvent à la suite de l'hystérie. Sauvage l'avait décrite sous le titre de *manie laiteuse*.

Folie épileptique. Un assez grand nombre de médecins aliénistes considèrent l'épilepsie, comme une complication de plusieurs espèces de folie. Verga croit que la forme mentale quelle qu'elle soit, doit être regardée comme une aggravation ou une transformation du mal épileptique. Il est de fait qu'un bon nombre de manicômes ont plusieurs de ces malades en traitement.

Folie alcoolique. Elle est constituée par des hallucinations, des tremblements, des accès de fureur et surtout déterminée par sa cause.

(1) A. Brierre de Boismont ; in Fabre, *Bibliothèque des médecins praticiens*, tome IX. *Maladies mentales*, p. 538.

Folie pellagreuse. Elle est très-commune en Italie. Le Dr Salerio, de 1871 à 1873, parmi les pellagreux existants et entrés au manicôme central de Venise, n'en compte pas moins de 203. Lors de notre second voyage en Italie (1829-1830), nous avons recueilli treize observations de pellagreux au grand hôpital de Milan dans le service du docteur Panceri, père, et lu, à notre retour en France, à l'Académie des sciences, le premier mémoire, du moins à notre connaissance, qui ait été publié dans notre pays sur la pellagre et la folie pellagreuse d'Italie. On trouvera aussi dans notre travail sur les établissements d'aliénés en Italie, tome XLIII du *Journal complémentaire des sciences médicales*, des notes sur le chiffre des pellagreux dans les manicômes de la Lombardie (1). Verga fait observer que, quoique l'aliénation des pellagreux se présente avec des aspects très-variés, l'affection cutanée, les désordres du tube gastro-intestinal, les lésions de l'intelligence et de la motilité suffisent pour constituer la folie pellagreuse.

Folie paralytique. Verga ne fait que la nommer, cette forme de l'aliénation mentale se trouvant mentionnée sur tous les tableaux nosologiques des manicômes italiens.

Folie sénile. Elle mérite d'être considérée à part, à raison de la cause manifeste à laquelle elle est due, de l'affaiblissement des sens et des lésions de la motilité dont elle est souvent accompagnée, de son incurabilité et des altérations cérébrales et méningées qu'elle laisse après elle. Verga pense que si la distinction de ces vésanies diverses par leur cause particulière efficiente n'a pas grande importance pour le clinicien, elle a une véritable valeur pour le philosophe, le moraliste et l'homme d'État.

Un tableau identique à celui de Verga est exposé depuis deux ans dans le grand hôpital de Milan où il est considéré comme très-pratique.

Verga n'a point donné le tableau des folies asthéniques (imbécillité, idiotie, crétinisme), parce qu'il considère ces formes comme n'appartenant pas à la folie réelle et qu'elles doivent être soignées dans des asiles spéciaux.

(1) A. Brierre de Boismont, *De la pellagre et de la folie pellagreuse*, observations recueillies au grand hôpital de Milan, mémoire lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 30 novembre 1830 et publié en 2e édition en 1834, chez Germer Baillière. — Id. extrait du tome XLIII du *Journal complémentaire des sciences médicales*.

L'organisation de la société fréniatrique à laquelle nous allons consacrer quelques pages et qui intéresse particulièrement la section des médecins honoraires étrangers, nous oblige à passer sous silence plusieurs travaux.

II. PREMIER CONGRÈS FRÉNIATRIQUE ITALIEN.

La France, l'Allemagne, l'Angleterre, les Etats-Unis, la Belgique ont organisé des sociétés de médecine mentale qui ont rendu de véritables services à cette branche de notre science. L'Italie, qui a compté du temps même de Pinel, un savant illustre, Chiarugi, et qui, depuis près de quinze ans, publie un bon journal sur la matière, n'avait pas de société mentale, a heureusement comblé cette lacune, l'année dernière à Rome, par la création de la société fréniatrique.

La première réunion du congrès fréniatrique a eu lieu au palais municipal d'Imola, ville où un beau manicôme a été nouvellement construit. Trente-deux membres assistaient à la première séance, trente-quatre autres avaient envoyé leur adhésion.

A l'inauguration solennelle ont pris part le préfet de Bologne, le sous-préfet, le maire d'Imola.

Le discours d'ouverture prononcé par le maire a eu un grand succès. Il en a été remercié au nom de tous les médecins aliénistes, par le Dr Andréa Verga, président de la société fréniatrique, et l'aliéniste le plus célèbre de l'Italie.

Conformément à l'ordre suivi dans les congrès aliénistes, on a traité les questions scientifiques à élucider. La première a été la classification des maladies mentales par le docteur Verga dont nous avons reproduit les principaux paragraphes dans l'analyse de l'*Archivio italiano* de 1874.

Une discussion s'est engagée sur cette classification et sur les classifications en général ; les uns voulant qu'elle se base sur les facultés intellectuelles et morales, les autres qu'elle soit somatique. La conclusion à tirer de cette discussion c'est que si beaucoup de faits nouveaux ont été acquis, leur enchaînement est loin d'être complet et que des objections nombreuses et très-fortes ont mis hors de doute les difficultés d'une classification inattaquable.

A la suite de cette discussion, la société a adopté à l'unanimité l'ordre du jour proposé par les docteurs Ponza, Michetti, Galli et Bergonzi, ainsi conçu :

« Le congrès trouvant convenable qu'on fasse avec le plus

grand soin possible le recensement général des aliénés du royaume, propose de prendre en grande considération la classification du docteur Verga.

Séance du 26 septembre.

Elle a été surtout consacrée à choisir les questions qui seront présentées au prochain concours. Le professeur Verga a appelé l'attention sur la prédominance des causes physiques et morales en Italie.

Livi expose deux plans pour joindre à l'asile de Reggio deux villas destinées aux aliénés riches. Le congrès modifie ainsi ce projet sur la proposition de Verga : la réunion a examiné avec intérêt le plan présenté par M. le Dr Livi pour la création d'un hospice destiné aux aliénés aisés; elle a vu avec satisfaction ces plans, ce qui fait espérer qu'avec le temps l'Italie pourra élever aux aliénés aisés des établissements dignes de la civilisation et de la science.

Le Dr Biffi, qui partage l'opinion des aliénistes, admettant la nécessité des asiles pour les fous criminels, fait les propositions suivantes sur ce sujet : démontrer la nécessité de ces asiles en Italie, chercher si on peut établir une meilleure dénomination et fixer leur nombre, tracer les conditions matérielles et morales de ces asiles et les conditions somatiques et morales que doivent avoir les médecins de ces asiles, tracer le mode d'admission de ces malades et de leur sortie de l'asile et les précautions à prendre lorsqu'ils le quittent.

Le docteur Livi propose de joindre une colonie agricole au manicome, ce qui est approuvé.

On passe au choix de la localité pour le prochain congrès. Aversa est choisie par le sort, Milan est désigné comme lieu de la présidence de la société fréniatrique.

Le président rappelle à la Société que, d'après l'article 7 du règlement, elle doit procéder en séance à la nomination des membres honoraires étrangers. Le comité des affaires a porté sur sa liste des savants que vous apprécicz et estimez tous et qui honoreraient tous les corps savants, ce sont :

MM. Brierre de Boismont et Calmeil, pour la France.
Flemming et Roller, pour l'Allemagne.
Maudsley et Robertson, pour l'Angleterre.
Gray, pour les Etats-Unis.

Ces noms sont accueillis avec une vive sympathie.

Transfusion du sang dans la folie.

La séance est reprise au bout d'une demi-heure.

Les docteurs Michetti, Ponza et Bergonzi prennent la parole sur la transfusion du sang dans le traitement de la folie. Leurs mémoires seront insérés.

Le docteur Verga s'exprime ainsi sur ce sujet : Au commencement du siècle, lorsqu'on voyait partout des phlogoses, des congestions, des pléthores, on ne voulait que tirer du sang ; aujourd'hui qu'on n'aperçoit plus que des anémies, des hydroémies, on ne songe qu'à transfuser du sang. Cette fièvre n'est pas nouvelle. Au seizième siècle, on fit un grand nombre de transfusions en Italie, en France et en Allemagne. Un auteur allemand nommé Mercklin a publié un travail qui est, pour ainsi dire, le résultat de ces nombreuses observations (1).

D'après cet auteur, il y a trois espèces de transfusions, celle d'animal à animal, qui rentre dans l'art vétérinaire ; celle de l'animal à l'homme qu'il rejette, par suite des idées du temps, comme pouvant influer sur l'homme, enfin celle de l'homme à l'homme, qu'il préconise, en en réduisant presqu'exclusivement l'emploi à l'hémorrhagie dangereuse. Il termine néanmoins son opuscule, en disant que la transfusion est sans péril grave, facile à pratiquer et qu'on doit l'encourager, mais en la rejetant pour la folie.

Verga ne se croit pas encore à même de conclure. Demain, dit-il, nous irons tous en corps visiter le bel asile d'Imola, dirigé par le docteur Lolli ; puisque cette opération est facile et sans danger, les transfusionistes ici présents voudront bien en donner une répétition à leurs collègues ; nous pourrons alors nous prononcer en plus grande connaissance de cause.

Le lendemain en effet, trois expériences de tranfusion du sang furent pratiquées sur des pellagreux cachectiques, affectés de lypémanie avec stupeur (cas qui n'offraient pas de circonstances favorables). Les opérations furent faites par les chirurgiens Lesi et Pachiotti, avec le concours du Dr Caselli et à l'aide de l'instrument qu'il a imaginé ; elles ne durèrent

(1) L'ouvrage est intitulé, *Tractatio medi-curiosa de ortu et occasu transfusionis sanguinis qua hæc quæ fit e bruto in brutum, a foro medico penitus climinatur, illa quæ e bruto in hominem peragitur refutatur; et ista quæ ex homine in hominem exercetur, ad experientiæ examen relegatur*, auctore George-Abraham Mercklino, Norimbergæ, anno 1679.

pas plus de cinq minutes chacune. Il se manifesta chez les opérés, quelques secondes après, une rougeur de la face, du cou, de la partie supérieure de la poitrine et des bras ; on n'observa aucune modification dans les fonctions intellectuelles.

Verga a fait observer que Mercklin avait hésité dans son opinion sur la transfusion pour le traitement de la folie, il s'exprime à ce sujet en ces termes : où la folie est récente, et nous avons des moyens beaucoup plus simples, moins dangereux, et plus efficaces que la transfusion ; où la folie est chronique et résiste aux remèdes les plus héroïques; si elle est congénitale, il n'y a pas d'espérance.

Une longue discussion ayant eu lieu à cette occasion, le président a mis aux voix l'ordre du jour suivant :

« Le congrès, vu les lectures, les discours et les observations qui se sont produits sur la transfusion du sang, d'où il résulte que cette opération n'est ni très-difficile, ni très-dangereuse, après avoir assisté aux opérations pratiquées devant lui, et constaté que la transfusion directe du sang artériel d'un agneau dans la veine d'un aliéné s'effectue avec facilité et sûreté, est d'avis qu'il faut encourager les efforts qu'on fait pour ce nouveau moyen thérapeutique, mais en usant d'une grande prudence, et en s'aidant surtout de la connaissance approfondie des indications et des contre-indications. »

Cette motion est approuvée à l'unanimité.

Dans une des séances suivantes, le président a annoncé au congrès que, des trois individus auxquels on avait pratiqué la transfusion, celui qui était atteint de lypémanie stupide, et qui avait commencé dans la soirée à parler, à demander de la nourriture et à exprimer quelques idées, était retombé dans son premier état. Quant aux deux autres malades, s'il n'y a pas eu d'amélioration, l'opération n'a produit aucun changement en mal.

Séance du 25 septembre.

Le président aborde ensuite un sujet d'une grande importance : il s'agit de l'absence d'une législation régulière et uniforme en Italie, sur les manicômes et les aliénés. Il engage les membres du congrès à faire connaître leurs idées sur le sujet.

Le Dr Toselli prend la parole. Nous manquons, dit-il, d'une

loi spéciale qui régisse la position des aliénés, leurs rapports avec la société civile, avec leurs familles. La Toscane me paraît en règle à ce point de vue par la promulgation d'une loi en 1838, qui fut en partie modelée sur la loi française, parue à cette époque.

Nos manicômes ne se trouvent pas dans des conditions uniformes pour leur institution, leur entretien, leurs subsides. Il en est de même de l'admission des aliénés. Très-souvent, les parents, par incurie ou idées erronées, retardent considérablement leur placement, ce qui est très-nuisible à leur guérison et produit fréquemment l'incurabilité. Aussi devrait-il exister une mesure absolue qui obligeât à placer, dès le principe du mal, les pauvres malades, et surtout les maniaques. Dans les cas ordinaires, on envoie les pièces aux députations provinciales qui autorisent l'admission dans leurs séances. Il en résulte encore des retards préjudiciables aux malades. Les médecins devraient être exclusivement chargés de cette mission.

Dans le placement des *aliénés*, il y a une catégorie d'individus qui appelle une attention particulière, c'est celle des fous criminels, ces individus considérés à juste titre comme le fléau des manicômes, se plaignant de tout, ne sont jamais contents des soins qu'on leur donne, et comme le fait observer le Dr Verga, étant affectés pour la plupart de folie morale, ils mettent le désordre dans l'asile, parce qu'étant doués d'une certaine perspicacité et souvent aussi d'énergie, ils acquièrent une prédominance sur les autres et sont doublement dangereux.

L'accompagnement de l'aliéné à l'asile demande aussi quelques observations. Ces malades sont conduits souvent par des envoyés de la commune, des gardes de la sûreté publique, des personnes entièrement étrangères à la famille, et trompés par eux dans le but d'éviter les luttes. Je crois qu'ils devraient toujours être amenés par des parents ou des amis de la famille, qui compléteraient l'histoire du malade, histoire qui laisse toujours à désirer, lors même qu'elle est écrite par le médecin, quand il l'écrit. M. Toselli pense que les malades ne devraient jamais être trompés. Cette recommandation souffre de nombreuses exceptions.

Il y a dans les manicômes des malades, venant de la campagne, dont la chambre qu'ils habitaient chez eux n'a jamais été ouverte depuis leur départ. Le maire de la commune de-

vrait avoir son attention éveillée sur ce point, lorsque le malade est mis en liberté.

Dans les cas d'interdiction, il arrive ordinairement que le juge procède sans recourir au médecin, et sans prendre le temps nécessaire pour s'assurer de l'aliénation. S'il est question de manie intermittente, il peut arriver que le magistrat interroge l'individu dans la période de calme, et le jugement qu'il porte peut être erroné.

Il serait aussi à désirer qu'on sût dans quelle proportion, de quelle manière, et pendant combien de temps peut être appliqué le travail, s'il est permis de laisser aux fous les outils nécessaires aux métiers de forgeron, de cordonnier et, s'il n'y a pas des outils qu'on ne peut leur accorder, quelle que soit la confiance qu'ils inspirent?

Le Dr Toselli voudrait encore que le congrès dît quelque chose de l'ordre du service médical, du nombre des médecins dans les manicômes. Ils sont partout, affirme-t-il, en nombre insuffisant, et la plainte est générale.

Le médecin ne doit pas seulement étudier le développement de l'homme civilisé, adulte, raisonnable; cette étude n'est pas moins nécessaire chez l'idiot et le fou. Qui ne connaît pas l'homme dans l'état de folie, ne connaît pas l'homme en entier. Le docteur Maudsley a montré avec le philosophe Ribot l'insuffisance de la méthode psychologique seule pour la connaissance des maladies mentales (1).

D'après les observations des médecins aliénistes italiens dont Toselli a cité plusieurs fragments critiques, on doit comprendre que le moment n'est pas venu d'obtenir de l'autorité supérieure une loi complète. Aussi le docteur Grilli, qui a pris la parole après M. Toselli, a-t-il eu raison de dire que, malgré ce besoin de réformes qu'éprouvent les médecins des manicômes, il faut se borner au plus pressé, et pourvoir au reste par des règlements intérieurs et des statuts locaux, ce qui ne vaudra jamais une loi uniforme, faite par des hommes compétents.

M. C. Livi fait ses réserves, quant à la date de 1838, attri-

(1) A. Brierre de Boismont, l'*Hérédité au point de vue de la médecine légale et de l'hygiène*. Analyse du livre de M. Ribot, ayant pour titre : l'*Hérédité ; étude psychologique sur ses phénomènes, ses causes et ses conséquences*. (*Annal. d'hyg. et de méd. lég.*, janvier 1875, p. 169.

buée par le docteur Grilli à l'amélioration du sort des aliénés en Toscane. Cette réforme, suivant lui, n'est pas une copie de la loi française ; elle a commencé sous Léopold Ier, elle date de cent ans. Nous ne ferons qu'une seule observation : c'est que la loi française de 1838 sur les aliénés a été élaborée par des hommes très-compétents, sous les yeux des membres de la chambre des députés ; Esquirol et surtout Ferrus, inspecteur général des établissements d'aliénés, en ont fourni les matériaux. On peut affirmer hautement qu'elle n'a pas permis de constater une seule véritable condamnation d'un médecin pour détention arbitraire, malgré toutes les attaques de la presse. Nous avons nous-même démontré que les ennemis les plus acharnés des aliénistes, leurs dénonciateurs constants étaient d'anciens aliénés. Des deux principaux d'entr'eux qui nous sont bien connus, nous ne nommerons pas le premier, quoique son histoire médicale authentique ait été consignée sur le registre légal d'un de mes prédécesseurs, parce qu'il n'a désigné ni le médecin-directeur, ni l'établissement où il avait été enfermé. Mais le président de la commission, choisie par le ministre de l'intérieur pour examiner la loi de 1838, devant lequel j'avais été appelé afin de donner mon opinion sur cette loi, m'avait cependant dit, en présence de la commission : Vous pouvez le nommer, car il s'est assez fait connaître ici par ses singularités. Quant au second, le sieur Sandon, mort sur la voie publique, ouvert à l'hôtel-Dieu de Paris et dans le cerveau duquel on a trouvé sept traces d'anciennes lésions de paralysie générale, son observation a été publiée par moi dans les *Annales médico-psychologiques* de 1874 et reproduite dans le journal *Algemeine Zeitschrift* des Drs Laohr, Flemming et Roller. Ces faits attestent que les deux principaux dénonciateurs des médecins aliénistes étaient eux-mêmes atteints d'aliénation.

La discussion sur la loi des aliénés étant épuisée, le président Tolli donne lecture d'un nouvel ordre du jour de Verga ainsi conçu: Le vœu manifesté par les aliénistes italiens en 1862 au congrès de Sienne, et en 1873 au congrès de Rome, d'une loi sur les manicômes et les aliénés, n'ayant pas été pris en considération, quoique cette loi existe chez presque tous les peuples civilisés, le congrès fréniatrique d'Imola demande la création d'une commission qui rédige ce projet. La commission étudiera sur ce sujet les lois existant en France, en Belgique et en Toscane, ainsi que les projets de loi qui furent présentés

au Parlement subalpin par les docteurs Bertini et Bonacossa e les travaux déjà faits par les docteurs Castiglioni, Gualandi, Girolami et autres ; ce projet devra être soumis à la discussion et à l'approbation du prochain congrès.

La proposition du professeur Verga est mise aux voix et adoptée. La commission est composée des professeurs Verga, Tolli et Livi.

Dans la dernière séance, on a proposé plusieurs questions pour le prochain congrès; le docteur Verga a appelé l'attention sur la prédominance des causes physiques et morales en Italie, le Dr Biffi sur la nécessité d'un asile spécial pour les aliénés criminels, et le Dr C. Livi sur l'utilité de joindre une colonie agricole aux manicômes; toutes ces propositions ont été appuyées.

Le Président Tolli, avant de clore la dernière séance du congrès, a passé rapidement en revue les principales questions qui ont été traitées et insisté sur l'heureuse adjonction de membres honoraires étrangers choisis parmi les savants connus du monde psychiatrique. En agissant ainsi, la Société a fait entrer dans son sein de bons conseillers, d'énergiques alliés et étendu son influence. La société fréniatrique tiendra ses séances à Milan, et le prochain congrès se réunira à Aversa.

BIBLIOGRAPHIE.

Antoine Gros, *les fonctions inférieures du système nerveux. Recherches des conditions organiques et dynamiques de la pensée.* 1 vol. in-8° Paris, 1875. J.-B. Baillière et fils.

« Déterminer les relations qui existent entre les phénomè-» nes de la pensée et l'organisation vivante, tel est le but de » nos recherches. » C'est par ces lignes, pleines de promesses, que M. Gros commence son livre; quant au but qu'il s'est proposé, l'a-t-il atteint? Est-il arrivé à réconcilier la physiologie et la psychologie, ces deux sœurs ennemies, ou du moins à conclure entre elles une utile alliance? Les efforts de l'auteur sont louables; mais les résultats obtenus contenteront difficilement les esprits scientifiques, qui aiment à s'appuyer sur les bases solides de l'expérimentation et redoutent de s'aventurer sur le terrain des hypothèses.

L'ouvrage se divise en sept parties, dont les quatre premières sont consacrées à la sensation sous ses différents modes. L'auteur décrit trois ordres de sensations :

1° L'ordre des sensations périphériques ou externes. M. Gros admet huit sens principaux : la vue, l'ouïe, le tact, l'odorat, le goût, le sens organique, le sens musculaire, le sens génital;

2° Celui des souvenirs, qui a pour organes la plupart des masses nerveuses de l'encéphale.

3° Celui des émotions, qui réside dans les appareils du système nerveux ganglionnaire. Bichat et, plus tard, Cerise avaient déjà étudié l'action du grand sympathique dans la vie émotionnelle; l'auteur, en somme, n'a fait que les répéter, sans chercher à fournir des preuves reposant sur des données scientifiquement établies.

Le livre VI est consacré à la théorie physiologique de la pensée; nous y trouvons deux chapitres intéressants, consacrés, l'un au rêve et à l'hallucination, l'autre au délire et au dédoublement. Quant au dernier livre, qui a pour titre : la puissance de la coordination supérieure, il contient des chapitres sur l'art, la logique, la liberté, dans lesquels l'auteur donne libre cours à ses hypothèses hardies, souvent ingénieuses, mais qui dénotent un esprit plus rompu aux discussions métaphysiques qu'aux procédés lents, mais sûrs, de l'investigation scientifique.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Twenty-ninth report of the Commissioners in Lunacy to the lord Chancellor; année 1874, Londres 1875; vol. in-8° de 300 p.

— Rapport sur le service de l'asile d'aliénés de Québec, par les médecins-directeurs propriétaires; exercice 1874; vol. in-8° de 150 p., avec tableaux; exercice 1875, br. in-8° de 70 p.

— On the unilateral phenomena of mental and nervous disorders, by Alex. Robertson; Glascow, 1875; br. in 8° do 23 p.

— On the case of vice-president Wilson's death, by William A. Hammond; Cambridge, 1875; br. in-8° de 14 p.

— The pigmentary deposits in the Brain resulting from malarial poisoning, by William A. Hammond; New-York, 1875; br. in 8° de 16 p.

— Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale; lésions du grand sympathique; troubles vaso-moteurs, par MM. les Drs Henry Bonnet et Poincaré; 2e édit., Paris, 1876; vol. in-8° de 153 p.; chez Georges Masson.

— Leçons cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière, par M. le Dr Aug. Voisin; avec photographies, planches lithographiées et figures intercalées dans le texte; Paris, 1876; vol. in-8° de 196 p., prix, 6 fr. chez J.-B. Baillière.

— The west riding lunatic Asylum medical reports; by J. Crichton Browne; London, 1875, tome V, vol. in-8° de 292 p., qui contient notamment les mémoires suivants :

A. On the influence of Diet in Epilepsy, by John Merson.

B. Labyrinthine Vertigo; Ménière's Disease, by David Ferrier;

C. On the histology of the great sciatic nerve in general paralysis of the insane; by Bevan Lewis;

D. On temporary mental disorders after epileptic paroxysms, by Hughlings Jackson;

E. Othœmatoma, or the insane Ear; by Lennox Browne.

F. Cerebral hyperœmia; by Milner Fothergill;

G. Epileptic seizures in general paralysis; by Charles Newcombe;

H. Chloral hydrate in convulsions; by A.-M. Wallis;

I. Laryngospic observations in general paralysis; by Lennox Browne;

J. Note on chronic mania; by Chrichton Browne.

Thèses de Paris.

1875 (Suite.)

319. Héliot. Contribution à l'étude de la consanguinité.

325. Surugue. De la méningite compliquant la pneumonie.

330. Des Chesnais. Essai sur le diagnostic général des maladies de la moelle.

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE.

Depuis quelques semaines, la famille aliéniste a été bien tristement éprouvée : le 12 janvier, nous conduisions à sa dernière demeure, à Saint-Vrain, l'excellente et digne compagne de notre cher collègue M. Constans ; presque en même temps, nous apprenions la mort de l'un de nos vétérans, l'honorable et regretté Dr Mérier, et enfin, il y a quelques jours, notre sympathique confrère, le Dr Bulard, était enlevé dans la force de l'âge.

— Mérier, Louis-Charles, né le 8 mai 1804, est entré dans le service des aliénés le 19 janvier 1843 en qualité de directeur-médecin de l'asile de Pontorson. Après avoir été successivement médecin ou directeur-médecin des asiles de Blois, Saint-Dizier, Maréville, Fains et enfin Armentières, il a pris sa retraite, en 1873, après trente années de bons et loyaux services et avec le titre de médecin en chef honoraire. Renonçant, bien qu'à regret, à retourner dans la Lorraine, son pays natal, qui était encore occupé par les Allemands, Mérier s'était retiré à Blois, qu'il avait habité au commencement de sa carrière et où il avait conservé de vieux amis. Il y vivait très-retiré avec sa digne compagne, quand il a été frappé d'une apoplexie cérébrale, le 11 janvier 1876, à l'âge de 68 ans.

Mérier était un esprit original, fortement teinté d'hypochondrie, qui avait émis, sur le travail des champs considéré comme moyen de traitement de la folie, des idées quelque peu exagérées, mais au fond très-sensées et essentiellement pratiques. Nous devons notamment à Mérier :

1° Deux bons *rapports sur le service médical de l'asile de Saint-Dizier*, pour les années 1850 et 1851 ; rapports qui n'ont pas été imprimés, mais qui ont été longuement analysés dans les *Annales médico-psychologiques*, en 1852 et 1853 ;

2° Un mémoire intitulé : *Réflexions sur une affection nerveuse complexe*, publié dans les *Annales médico-psych.*, en 1848 ;

3° Plusieurs observations intéressantes, insérées dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1849 ;

4° Quelques remarques judicieuses sur les *vacillations du globe oculaire comme signe de l'aliénation mentale* (*Gaz. des hôpitaux*, n° du 19 août 1852).

— Bulard, Jules-Amédée, né à Rouen le 24 juillet 1828, est entré dans le service des aliénés le 10 décembre 1854 comme interne de l'asile Saint-Yon. Devenu médecin-adjoint du même établissement le 4 septembre 1858, il a été nommé, le 19 nov. 1865, médecin en chef de la division des femmes, à Maréville, et le 31 août 1863, médecin en chef de l'asile de Bailleul, qu'il n'a quitté que pour aller à l'asile de Bordeaux au mois de juillet 1867. Voici en quels termes le *Bordeaux médical* nous fait con-

naître les derniers moments de notre bien regretté collaborateur :

« Notre excellent et bonorable confrère, M. le Dr Bulard, médecin en chef de l'hospice des aliénés de Bordeaux, vient de succomber à une angine couenneuse survenue dans la convalescence d'une fièvre typboïde. D'une robuste constitution, d'une excellente santé, rien ne semblait faire présager que notre malheureux confrère était destiné à une fin si prématurée. Vers la fin du mois de novembre, M. Bulard fut pris d'une fièvre typboïde aux allures assez bénignes. Au quarante-troisième jour, il était en pleine convalescence. La température et le pouls étaient devenus normaux. L'appétit se faisait sentir, lorsqu'il éprouva un peu de gêne en avalant. Notre distingué confrère, M. Moussous, qui lui avait prodigué ses soins pendant la fièvre typhoïde, examina le pharynx et trouva sur une amygdale une légère exsudation pseudo-membraneuse. Il essaya aussitôt d'arrêter sur place le mal qui venait de se montrer, et qui d'ailleurs ne s'accompagnait pas, et il en fut ainsi jusqu'au dernier jour : ni d'engorgements ganglionnaires, ni d'œdème du cou. Mais, avec une rapidité et une ténacité désespérantes, la luette, les amygdales, le pharynx et le larynx furent bientôt envahis. Les soins les plus attentifs que lui donna M. Moussous, auquel s'était adjoint M. Denucé, ne purent triompher du mal. Un moment, en l'absence de bronchite pseudo-membraneuse, la question de la trachéotonie fut posée. L'état général du malade ne permit pas de tenter cette suprême et dernière ressource.

» D'ailleurs, M. Bulard s'est éteint, emporté par la violence du mal survenu après une maladie grave plutôt qu'à l'asphyxie croupale. Notre infortuné confrère a vu arriver la mort avec le plus grand sang-froid, et quelques instants avant de succomber, il a adressé des remerciements à tous ceux qui l'avaient soigné plutôt en frères qu'en médecins. MM. Garry et Déhilotte, internes des aliénés, secondés plus tard par M. Grégory, interne à l'hôpital Saint-André, n'ont pas quitté d'une minute, ni le jour ni la nuit, le chevet de leur maître affectionné. Ils méritent les plus vifs éloges et ont droit aux témoignages d'estime et aux sincères remerciements du corps médical.

» M. Bulard avait, quelques mois auparavant, perdu un jeune enfant; il laisse une veuve désolée et un petit enfant.

» Le corps médical de Bordeaux tout entier, qui avait pu apprécier les qualités de notre confrère, s'associe à leur juste douleur. M. Bulard était médecin en chef de l'asile des aliénés, membre de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, membre de l'Association des médecins de France, membre du conseil d'hygiène et de salubrité publique de Bordeaux, président de la Société protectrice de l'enfance. Il avait travaillé avec le plus grand dévouement au développement de cette institution et contribué beaucoup à sa mise en œuvre.

» Ce matin, mardi, ont eu lieu, au milieu d'un nombreux concours de médecins et de membres de la Société protectrice

de l'enfance et de l'administration des aliénés, les obsèques de notre regretté confrère, M. Bulard.

» Deux discours ont été prononcés : l'un par M. le Dr Azam, président de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux ; l'autre par M. le Dr Levieux, président du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Gironde.

M. Azam s'est exprimé en ces termes :

« Quelques jours nous séparent à peine de l'heure où, prenant la présidence de la Société de Médecine et de Chirurgie, au nom de laquelle je prends la parole, et dont M. Bulard était l'un des membres les plus distingués, je me berçais de la vaine espérance que, pendant cette année, aucun de nos collègues ne recevrait de moi le dernier adieu.

» Hélas! à ce moment même, Bulard était frappé sans espoir; c'était l'instant de la lutte suprême, où l'admirable dévouement d'une épouse, celui de ses amis, celui de ses deux internes le défendaient en vain contre la mort.

» D'autres diront, mieux que je ne saurais le faire, ses travaux, ses titres scientifiques, et la grande situation qu'il occupait dans la médecine mentale; laissez-moi ne vous entretenir, en ce moment solennel, que de l'homme, du collègue, de celui que tous nous avons aimé.

» Nous ne verrons plus cette physionomie ouverte, où l'intelligence brillait avec la franchise, nous ne serrerons plus cette main loyale dont la ferme étreinte commandait l'estime et l'amitié.

» Frappé il y a peu de mois au plus profond du cœur par la perte d'un de ses enfants, notre cher collègue était d'une incurable tristesse, le mal est venu et a terrassé cet homme, jusqu'alors vigoureux et dans la force de l'âge; auquel tous auraient prédit de longs jours.

» Que de pleurs sur cette tombe! Chef médical d'une maison considérable, où près de cinq cents pauvres femmes recevaient chaque jour ses soins paternels, il y était aimé de tous : administrateurs, religieuses, surveillants, malades, tous le pleurent, et il est bien peu de ces infortunées qui, parmi les débris de leur raison, ne trouvent aujourd'hui des larmes!

» Vivant au milieu des douleurs que renferme ce grand asile, il semblait que son cœur dût en être rempli. Mais non; pour cette bonté, pour cette charité, rien n'était accompli si quelque bien restait à faire.

» Des chiffres, hélas! trop certains, démontrent qu'une mortalité terrible décime les petits enfants dès les premiers jours de leur vie. Il faut éclairer le public, aider à sauver ces abandonnés. La Société protectrice de l'enfance est créée, et notre cher collègue, le plus ardent de ses fondateurs, est le premier de ses présidents. Deux fois déjà, à Blaye et à Libourne, dans deux de ses réunions solennelles, l'association des médecins de la Gironde, que je représente ici, a entendu sa voix éloquente stimulant le zèle et la charité, appelant tous les gens de bien à l'aider dans sa bonne œuvre. Qu'il me soit permis aujourd'hui de le remercier encore au nom de cette grande institution.

» Confions à cette terre glacée ce qui reste de notre ami, et n'oublions jamais, jeunes et vieux, élèves et maîtres qui pleurons près de cette tombe, que dans sa vie, hélas! trop courte. Bulard sut toujours marcher la tête haute et fière dans la voie de la dignité, du travail et du devoir. »

Nous nous associons de tout cœur aux regrets exprimés par M. Azam; Bulard était une nature franche et loyale; nous ne lui connaissons que des amis.

Bulard a publié un certain nombre de très-bons rapports médico-légaux, soit seul, soit en collaboration avec le Dr Henry Bonnet, son ancien collègue de Maréville.

ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES.

Le conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 20 décembre 1875, a admis comme membres fondateurs MM. les Drs Colard, Mordret et Parent, et comme membres titulaires MM. Cullerre et Taguet.

SERVICE DES ALIÉNÉS. — ANALYSE DES VOEUX DES CONSEILS GÉNÉRAUX

(Sessions d'avril et d'octobre 1874).

Gers. — Le conseil émet le vœu que la loi autorise, pour les asiles d'aliénés, la substitution des commissions administratives au régime des commissions de surveillance (*session d'octobre*).

Orne. — Le conseil renouvelle le vœu que l'Etat se charge des traitements et retraites des directeurs des asiles (*session d'avril*).

Seine. — Le conseil émet le vœu que la durée du séjour nécessaire pour acquérir le domicile de secours soit portée à trois années (*session d'octobre*).

STATISTIQUE DES ASILES D'ALIÉNÉS.

Le ministère de l'agriculture et du commerce vient de publier le tome II de la 3e série de la Statistique de la France, année 1872. Bien que cet important document, en ce qui concerne le service des aliénés, contienne un certain nombre d'erreurs (il en sera de même tant que ce travail sera confié à des personnes étrangères à ce service), nous lui empruntons quelques données.

Les trois derniers recensements ont donné les résultats suivants en ce qui concerne l'aliénation mentale :

Population générale	A domicile	Dans les asiles	Total	Prop. pour 10.000 h.
37.386.313	53.160	31.054	84.214	22.5
38.067.064	54.707	35.972	90.679	23.8
36.102.921	51.004	36.964	87.968	24.4

Mais le chiffre 36.964, qui représente le nombre des aliénés internés au moment du recensement, c'est-à-dire vers le milieu de l'année, est évidemment erroné. D'après les documents

que nous analysons, en effet, le chiffre des aliénés internés était :

Au 1er janvier	1872	37.554
Au 31 décembre	—	39.490
Total		77.044
Dont la moitié		38.522

représente très-approximativement la population des asiles au moment du recensement.

Le chiffre total des aliénés, en 1872, aurait donc été de :

A domicile	51.004
Dans les asiles	38.522
Ensemble	89.526

Soit 24.79 pour 10.000 habitants.

Voici d'ailleurs comment se répartissaient les 87.968 aliénés recensés en 1872.

	A domicile	Dans les asiles	Total	Prop. pour 10.000 h.
Fous	20,020	32,815	52,835	14,63
Idiots et crétins .	30,984	4,149	35,133	9,74
Totaux	51,004	36,964	87,968	24,37

La majorité des aliénés proprement dits — 62 pour cent — sont donc traités dans les asiles, tandis que la plupart des idiots et crétins — 88 pour cent — restent dans leur famille.

En ce qui concerne les sexes, le recensement de 1872 a donné les résultats suivants :

Fous	88	hommes pour 100	femmes
Idiots et crétins	139	—	—
Ensemble	106	—	—

Le nombre des asiles, en 1872, était de 102, répartis comme suit :

Asiles publics	Asile national de Charenton . . .	1	61
	Asiles départementaux	45	
	Quartiers d'hospice	15	
Asiles privés	Faisant fonction d'asiles publics	17	41
	Ne recevant que des pensionnaires au compte des familles.	24	
	Total		102

Voici comment se répartissaient, dans ces divers établissements, les 39.490 aliénés restant dans les asiles à la date du 31 décembre 1872 :

Asiles de l'Etat et départementaux .	22.662	57.5
Quartiers d'hospices	6.359	16.2
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics . . .	9.042	22.8
Maisons de santé.	1.427	3.5
Totaux . . .	39.490	100.0

La durée du séjour, en 1872, a été :

Pour les hommes de	272 jours
Pour les femmes.	292
Pour les deux sexes réunis	282

D'après la nature des établissements, la durée du séjour a été :

Dans les maisons de santé de	245 jours
A Charenton	263 —
Dans les asiles départementaux et quartiers d'hospice	286 —
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics	295 —

Le nombre des admissions, en 1872, a été, pour tous les asiles, de 12.720 aliénés, savoir :

Admis pour la 1re fois dans un asile .	5136	4522	9658
— pour cause de rechute	838	778	1616
Réintégrés après évasion ou sortie. . . avant guérison. .	416	174	590
Transférés d'un autre asile	468	388	856
Total . . .	6858	5862	12720

Par rapport au chiffre des aliénés traités, la proportion des décès a été pour cent malades :

Chez les hommes de	9.7
— femmes de	7.1
Chez les deux sexes réunis	8.4

Par rapport à la population moyenne, la mortalité a été :

Chez les hommes de	13.07 °/o
— femmes de..	8.87
Chez les deux sexes réunis	10.84

En 1871, la mortalité avait été de 14.85 pour cent.

Elle a été, en 1872 :

Pour l'ensemble de la population en France, de. .	2.19 °/o
Dans les hospices	16.64
Dans les hôpitaux..	86.50

Mais nous devons faire observer que cette manière de comparer la mortalité dans les différentes catégories d'établissements nous paraît défectueuse.

Nous nous en tiendrons, d'ailleurs, à cette courte analyse; la plupart des documents contenus dans la statistique officielle, en ce qui concerne notamment les guérisons, les améliorations,

le mode de placement, la durée de la maladie avant l'admission, etc., ne sont pas établis de la même façon dans tous les établissements, et il n'est pas possible d'en tirer aucune conclusion. L. L.

LES ALIÉNÉS EN ALGÉRIE.

Le transport des aliénés algériens envoyés en France coûtant fort cher et la traversée leur étant fort pénible, le Préfet d'Alger a proposé l'établissement d'un asile départemental d'aliénés.

Le conseil général a adopté en principe cette proposition, et il a voté 50.000 fr., pour l'acquisition d'un immeuble approprié à cette destination.

(*Gazette hebdomadaire* du 5 nov. 1875.)

DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

Vœu émis par le conseil général de la Seine.

Le conseil général de la Seine, sur le rapport de M. le Dr Villeneuve, a adopté à l'unanimité le vœu suivant présenté par M. le Dr Paul Dubois.

Considérant :

1° Que la loi de 1838 donne à tout docteur en médecine le droit de faire entrer d'urgence dans un établissement d'aliénés toute personne qu'il a jugée affectée d'aliénation mentale;

2° Qu'un très-grand nombre de docteurs en médecine, jusqu'au moment où leur diplôme leur a été délivré, n'ont jamais eu l'occasion d'examiner un aliéné, l'enseignement des affections mentales n'existant pas dans les Facultés de médecine de France;

3° Qu'il est impossible que le Gouvernement continue de donner un tel droit à des hommes dont la plupart sont incompétents;

Les soussignés ont l'honneur d'émettre le vœu que M. le Ministre de l'instruction publique étant mis au courant de cette situation, un enseignement clinique des affections mentales soit créé dans le plus bref délai à la Faculté de médecine de Paris.

Hospice de la Salpétrière. — M. le professeur Charcot a repris ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le dimanche 28 du mois dernier, et les continue tous les dimanches à 9 heures 1/2.

Maladies mentales et nerveuses. — M. le Dr Ball, agrégé de la Faculté, commencera son cours sur les maladies mentales et nerveuses, le 29 janvier, à 8 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine et le continuera les mercredis et samedis, à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par M. le Dr CULLERRE.

Médecin adjoint de l'asile d'Auxerre.

I

La tuberculose cause à elle seule, depuis quelques années, de un cinquième à un quart des décès à l'asile d'Auxerre (1). Ces proportions sont considérables, même en tenant compte de la fréquence habituelle de cette maladie chez les aliénés en général. Divers observateurs donnent les proportions de 1 sur 10, 1 sur 8, 1 sur 6, 1 sur 5. Cependant M. Dagonet, sur un relevé des 428 décès, en a trouvé 109 causés par la phthisie, ce qui fait un quart environ.

La forme qu'affecte principalement la diathèse est la phthisie pulmonaire à marche chronique ; mais on rencontre

(1) Les observations contenues dans ce travail ont été recueillies dans le service de M. le Dr Rousseau, directeur-médecin.

de temps en temps des cas de tuberculose entéro-mésentérique coïncidant avec les lésions caractéristiques du poumon.

Nous n'avons dans aucune autopsie, rencontré de tubercules dans le cerveau et ses enveloppes.

Ce sont les formes de folie qui s'accompagnent d'une dépression profonde, passagère ou définitive, du système nerveux, qui fournissent de beaucoup le plus fort contingent à ce genre de mortalité. Mais, si nous cherchons à déterminer, parmi ces formes dépressives, celle qui entre pour la plus grande part dans ce contingent, le problème se complique et s'embrouille même quelque peu. La statistique est à peu près impuissante à en fournir la solution, parce que cette solution, comme nous le verrons tout à l'heure, dépend de l'appréciation personnelle de chaque médecin.

Esquirol dit que la phthisie ne s'observe le plus souvent que chez les lypémaniaques. Calmeil et Marcé prétendent, au contraire, que le plus grand nombre des cas de phthisie appartient à la démence. Ces deux opinions peuvent également se soutenir. Et, en effet, s'il nous est permis de donner ici le résultat de notre observation, nous dirons que ce n'est qu'à une époque très-avancée de la lypémanie, que nous avons vu se développer les tubercules, principalement dans cette période de transition où le diagnostic peut demeurer assez longtemps incertain, et qui aboutit pour les malades à une démence confirmée. A ce moment, l'influence pernicieuse de la maladie du système nerveux central sur l'organisme est arrivée à son maximum d'intensité et la déchéance physique, ainsi préparée de longue main, ne tarde pas à suivre la déchéance intellectuelle.

En résumé, la tuberculose décime toutes les catégories d'aliénés, et principalement les déments et les lypémaniaques stupides. Puis viennent par ordre de fréquence, les idiots, et enfin les maniaques. Voilà du moins ce que nous

avons observé à l'asile d'Auxerre, et tout nous porte à croire qu'il en est de même ailleurs.

Le plus grand nombre de nos phthisiques étaient atteints de démence terminative des affections mélancoliques et principalement de celles qui s'accompagnent de stupidité. Rien, d'ailleurs, ne nous semble plus logique. Que certains de nos malades aient été prédisposés héréditairement au développement de la diathèse tuberculeuse, c'est ce qu'il nous a été impossible de vérifier ; mais cette circonstance perd, dans l'espèce, beaucoup de son importance, les formes dépressives de la folie portant en elles-mêmes, si nous ne nous trompons, la raison suffisante de l'éclosion de la maladie. Car, quel est le fait dans lequel se résument toutes les circonstances étiologiques qui président au début de la tuberculose, qu'on l'observe dans la pratique privée, dans les hôpitaux, dans les asiles d'aliénés? Le désordre, l'insuffisance du fonctionnement nutritif. La misère, les veilles, les excès, les conditions hygiéniques mauvaises, une alimentation incomplète, toutes ces causes agissent de la même manière sur l'économie et ont une résultante commune, l'insuffisance de la nutrition. Or on sait la manière défectueuse dont s'opère cette fonction chez les stupides, mélancoliques ou déments ; elle languit comme toutes les autres grandes fonctions physiologiques entravées dans leur mécanisme par l'asthénie et l'anesthésie du système nerveux tout entier, l'absence presque complète de réaction.

De toutes les maladies cachectiques qui sont le résultat de la misère physiologique, celle qui nous occupe est évidemment la mieux appropriée aux conditions où se trouvent nos malades, aussi est-elle de beaucoup la plus fréquente. La scrofule s'attaque à l'adolescence ; le cancer se développe dans l'âge mûr ; mais la tuberculose choisit ses victimes entre vingt et trente ans, ce qui est aussi l'âge de la plus grande fréquence de la folie qui s'accompagne de

stupidité. Je ne parle pas des affections scorbutiques, pellagreuses et autres, jadis si communes, mais de plus en plus rares aujourd'hui, grâce aux progrès de l'hygiène et à l'amélioration du sort des aliénés. Si la tuberculose survit à ces maladies presque disparues et continue à faire de si grands ravages dans les asiles, c'est que son développement ne dépend pas exclusivement comme elles, de conditions extérieures au malade, mais aussi et surtout de conditions qui lui sont propres. Si, en effet, la nutrition est incomplète et défectueuse chez le mélancolique, ce n'est pas parce que les matériaux d'une bonne nutrition lui font défaut, mais bien parce que son organisme est devenu inapte à s'approprier ces matériaux et à en tirer parti. Cependant, si, d'un côté, la phthisie a une tendance évidente à se multiplier par suite de cette prédominance des formes mélancoliques, qui caractérise depuis quelques années notre constitution médicale, nous ne doutons pas, de l'autre, qu'on ne parvienne à l'arrêter dans de certaines limites, à mesure qu'on pourra perfectionner et faire prévaloir dans l'organisation des asiles les principes qui sont la base d'une hygiène vraiment scientifique.

Si l'on cherche dans nos observations quelle a été la durée du séjour à l'asile des malades qui ont succombé aux affections tuberculeuses, on constate que cette durée a été considérable; ce qui est de nature à nous confirmer, d'une façon générale, dans l'idée que la maladie a bien été acquise, et ne peut être mise sur le compte d'une diathèse préexistante, ou même déjà présente au moment de l'entrée. Je ne trouve, par exemple, qu'une fois le séjour d'un an, tandis que la durée de deux ans s'y rencontre trois fois; celle de cinq ans, deux fois; celle de sept ans, deux fois; celle de neuf ans, une fois; enfin, celle vraiment considérable de vingt-deux ans, comme dans l'observation suivante.

Obs. I. Manie chronique; phthisie pulmonaire se développant après 22 ans de séjour à l'asile.

Charles L..., 32 ans, est entré le 2 août 1850, atteint de manie chronique, dont il faut chercher la cause dans les excès de toute sorte. Ce malade, après avoir été très-longtemps agité, halluciné et complétement extravagant, est devenu plus calme. Le délire général a perdu de son intensité, actuellement il reste seulement de l'incohérence des idées.

2 *mai* 1873. Son état physique est très-mauvais, le poumon droit subit une dégénération tuberculeuse, le malade est très-affaibli, alité.

Le décès arrive le 25 septembre 1873.

Voici d'autres observations qui se rapprochent de la précédente par la longue durée du séjour dans l'établissement.

Obs. II. Démence consécutive à la lypémanie; phthisie survenant après six ans de séjour à l'asile.

V..., née le 28 juin 1825, est entrée le 19 mars 1868, atteinte de lypémanie avec idées de persécutions, de suicide, hallucinations, refus fréquent d'aliments.

En janvier 1869, une note mensuelle constate que cette malade engraisse énormément. Les notes de l'année 1870 confirment la précédente. En novembre 1872, la santé physique est bonne.

1873. Les facultés s'affaiblissent, les sentiments affectifs sont abolis. V... est sombre, taciturne, recherche l'isolement; n'a aucun rapport avec le monde extérieur. Démence.

Mars 1874. Etat physique languissant. Tuberculisation pulmonaire.

8 *janvier* 1875. Hémoptysies. A partir de ce moment, marche extrêmement rapide de l'affection. La malade s'alite, le marasme arrive rapidement.

Décédée le 28 juin 1875.

Notons, en passant, les apparences paradoxales de cette observation. La malade engraisse, jouit de tous les attributs d'une bonne santé ; un beau jour, on s'aperçoit qu'elle est tuberculeuse. Il n'y a rien là que de très-ordinaire, comme nous le verrons un peu plus loin.

Obs. III. Lypémanie dégénérée en démence; au bout de cinq ans, phthisie pulmonaire.

Jacques C..., âgé de 28 ans, est entré le 14 décembre 1868. Il est atteint de lypémanie avec idées de persécutions et hallucinations de l'ouïe et du goût. Il dit qu'un de ses voisins lui envoyait de mauvaises odeurs ; qu'on empoisonnait ses aliments. Ce malade a une intelligence bornée et des aliénés parmi ses parents.

Septembre 1873. Les facultés sont très-affaiblies. Il ne parle plus, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, reste inerte et stupide. A la moindre contrariété, il fait entendre des paroles irritées; il devient agressif, entre en fureur.

4 *mars* 1874. Il s'affaiblit beaucoup, tousse, ne prend pas d'aliments ; il a de la fièvre et des sueurs nocturnes. Tuberculisation avancée et à marche rapide. Au poumon droit en particulier, il y a du souffle caverneux. Fièvre hectique, marasme.

Décédé le 15 mars.

Autopsie. — Le poumon droit contient plusieurs cavernes au sommet, et dans toute son étendue est farci de tubercules à toutes les phases de leur évolution. La moitié supérieure du poumon gauche est tuberculeuse ; il y a une caverne en arrière au sommet.

La moitié inférieure est saine.

Dans ces observations, et un certain nombre d'autres que nous nous abstenons de citer pour ne pas allonger inutilement ce travail, le problème étiologique est environné

d'une certaine obscurité. Il nous semble pourtant en ressortir une donnée assez vraisemblable, c'est que si les conditions fâcheuses que crée à l'organisme la présence de certaines affections mentales est de nature à favoriser le développement de la tuberculose, le fait de séjourner de longues années dans un asile n'y reste pas toujours étranger. Les habitants y sont soumis à un ensemble de conditions hygiéniques qui, d'une façon générale, sont satisfaisantes, il faut le reconnaître, mais qui, étant les mêmes pour tous, ne tiennent aucun compte des inaptitudes et des susceptibilités individuelles. Cette remarque, d'ailleurs, ne doit pas s'appliquer seulement aux asiles d'aliénés, mais à tous les établissements où un grand nombre d'hommes vivent en commun.

Dans certains cas, les antécédents des malades peuvent aussi entrer en ligne de compte dans la pathogénie de la tuberculose. — La cause qui a déterminé la folie, se trouve parfois être, en même temps, une de celles qu'on a accusées le plus volontiers de favoriser l'éclosion des tubercules. C'est ainsi que chez plusieurs soldats frappés d'aliénation mentale pendant la guerre, les émotions morales, les souffrances physiques et la misère se sont associées pour déterminer le délire et la phthisie pulmonaire, qui a suivi au bout de peu de temps, comme dans l'observation suivante.

Obs. IV. Lypémanie stupide développée sous l'influence des émotions et des fatigues de la guerre; phthisie pulmonaire consécutive ; mort; autopsie.

Delphin A..., âgé de 22 ans, soldat au 69e de ligne, est entré le 20 juillet 1871. Taille moyenne, embonpoint ordinaire, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin. Il est atteint de lypémanie stupide, causée par les émotions et les fatigues de la guerre. Il a fait la campagne de France, s'est battu à Gravelotte, a subi le siége de Metz, et c'est pendant ce siége précisément, que son affection mentale a

pris naissance. Fait prisonnier, il est envoyé en Prusse mal gré son état de folie déjà caractérisé. Rapatrié, il regagne son régiment, d'où on l'envoie à l'Hôtel-Dieu d'Auxerre et de là à l'asile.

A l'examen, il présente une physionomie indécise, un peu hébétée. Il a perdu la mémoire de ce qui s'est passé depuis un an. Il ne se souvient pas de Metz; il n'a pas été en Prusse; il ne sait pas où il est, ne se souvient même plus du nom de son village. Hallucinations probables; nulle énergie, nulle activité. Pouls à 80, langue bonne; la peau a conservé sa fraîcheur et sa sensibilité.

Au bout de quelques jours, il se décide à travailler un peu au jardin.

Jusqu'au mois d'août 1872, toutes les notes qui concernent ce malade constatent que l'état mental est toujours le même; (demi-stupidité, affaiblissement de l'intelligence, démence); que le travail est très-irrégulier, mais que la santé physique est bonne.

En septembre de la même année, Delphin tombe malade, et on diagnostique une bronchite tuberculeuse.

En novembre, il y a un peu d'amélioration dans la santé physique. Mais le mois suivant il se fait un redoublement dans la marche de la phthisie; il y a de la toux, de l'affaiblissement général, la perte de l'appétit. La mort arrive le 30 janvier de l'année 1873.

Résumé de l'autopsie. — Cerveau : Un peu de sérosité dans les membranes et les ventricules. Quelques plaques laiteuses de la pie-mère. Piqueté de la substance blanche. Poids de l'encéphale, 1,360 grammes; du cerveau, 1,191. Thorax : Adhérences des poumons à la cage thoracique aux sommets et en arrière; ils sont criblés de cavernes dans la moitié supérieure; les plus vastes atteignent le volume d'un œuf. Simple congestion à la base des deux poumons.

Caillots noirs dans les cavités du cœur; mitrale un peu épaissie. Dépôts fibrineux dans les aréoles des ventricules.

Abdomen : Foie, 1,730 gr. présentant un peu de dégénérescence graisseuse au centre.

Dégénérescence graisseuse des reins très-évidente. La capsule surrénale gauche présente à sa surface une vésicule de la grosseur d'un pois, remplie de matière caséeuse.

Rate volumineuse, sans lésion apparente.

Parmi les causes qui, chez les lypémaniaques, contribuent le plus à faire germer le mal, il faut compter les écarts de régime et l'abstinence. Dans les maisons d'enfants trouvés, dans les prisons, les dépôts de mendicité, on a constaté parfois la fréquence extrême de la phthisie, et on l'a attribuée (Niemeyer) à une alimentation irrationnelle et insuffisante. Dans les asiles publics, le régime alimentaire est sain et suffisant, mais certains délirants refusent la nourriture parfois avec une ténacité extraordinaire, et se mettent ainsi dans les conditions les plus favorables au développement de la phthisie pulmonaire. Le malade qui fait l'objet de l'observation suivante, n'a, pendant un an, vécu presque exclusivement que de pain sec, et a fini par succomber à la consomption due à ce jeûne prolongé. — Dans le cours de ce travail, nous verrons d'autres observations où cette circonstance étiologique est notée.

Obs. V. Lypémanie; délire des persécutions ; refus d'aliments ; phthisie pulmonaire; mort; autopsie.

Pierre E..., chiffonnier, paraissant âgé de 40 ans, est entré le 12 février 1874. C'est un homme brun, petit, maigre, d'un aspect chétif. Il est atteint de lypémanie avec idées de persécutions et scrupules religieux. Sa femme a comploté avec ses amants de le faire périr par le poison. Elle met dans sa soupe des cheveux qui lui donnent des coliques et des maux d'estomac. Pris en état de vagabondage et envoyé à l'Hôtel-Dieu d'Auxerre, il y reste, depuis le 19 janvier jusqu'à son entrée à l'asile, sans prendre de

nourriture. Il donne pour motif de cette conduite qu'il a fait une neuvaine d'abstinence de quarante jours.

Depuis son entrée, il mange, mais de la soupe et du pain sec seulement.

23 *mars*. Il refuse toujours de prendre ses aliments, sauf le pain, parce que, dit-il, ils sont malpropres et le dégoûtent. Cependant, il les mange parfois en cachette. Il parle toujours de ses malheurs domestiques, de ses ennemis et de ses persécuteurs.

1er *avril*. Le malade travaille au ménage, mais il se plaint d'être persécuté par les surveillants. Ils lui en veulent; ils lui donnent des ordres contradictoires afin de l'empêcher de faire son ouvrage et de le prendre en faute. Il faut qu'on le change de quartier. Il menace de se détruire si cela dure.

15 *avril*. Répète à chaque instant la même menace, refuse de manger autre chose que du pain sec. Attitude suppliante, physionomie pleurarde.

15 *mai*. Même remarque que précédemment. Le malade mange peu, et du pain seulement. Menace toujours de se détruire.

1er *juillet*. Il mange difficilement; consent cependant à ajouter du fromage à sa frugalité ordinaire.

5 *août*. Refus d'aliments autres que le pain. Mêmes idées lypémaniaques.

1er *novembre*. Délire actif des persécutions. Tout le monde lui en veut dans le quartier; on complote contre lui, on lui fait la vie dure. Alimentation très-incomplète et difficile. Projets bizarres, un peu d'incohérence, tendance du délire vers la forme générale.

25 *janvier* 1875. Légers symptômes scorbutiques : gencives tuméfiées, violacées, saignantes; bords ulcérés en certains endroits. On insiste sur une alimentation réparatrice avec un peu plus de succès.

25 *mars*. Même délire lypémaniaque. Il refuse toujours

plus ou moins les aliments ; cependant il va un peu mieux au point de vue physique.

24 *avril.* Depuis deux jours, fièvre vive, faiblesse générale; il garde le lit. On constate les symptômes d'une tuberculisation pulmonaire déjà avancée. Cependant le malade ne tousse pas.

26 *avril.* Poumon gauche rempli de râles muqueux avec matité plus prononcée dans la partie supérieure. Le malade a toussé beaucoup cette nuit pour la première fois. Fièvre hectique. Apparition de la diarrhée.

27 *avril.* Mort.

Autopsie. — Dure-mère adhérente en certains points à la pie-mère. On constate qu'en ces points, situés au niveau des lobes antérieurs, se trouvent des concrétions ostéo-calcaires au nombre de cinq, dont la plus grosse, irrégulière de forme et aplatie, peut avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Œdème considérable de la pie-mère. Les coupes ne laissent voir aucune lésion particulière. Chacun des hémisphères cérébraux pèse 505 gr. et l'encéphale entier 1,280 gr.

Le tiers supérieur du poumon gauche n'est plus qu'une masse tuberculeuse remplie de cavernes. Le reste du poumon contient des îlots disséminés de tubercules.

Au sommet du poumon droit, il existe quelques granulations. Le reste est relativement sain.

L'estomac, énormément distendu, présente un épaississement notable de la muqueuse et un aspect général gris sale semblant indiquer l'existence d'une gastrite chronique.

Toutes les maladies intercurrentes qui surviennent chez les aliénés, par la lenteur de leur marche, la longueur des convalescences, épuisent les malades, et sont de nature à favoriser le développement du tubercule. Mais ce sont surtout les affections thoraciques, bronchite, pneumonie, pleurésie. On sait avec quelle lenteur se résolvent les pneumonies chez les aliénés, leur tendance à passer à la chronicité,

les complications fréquentes d'épanchements pleurétiques.

Les aliénés sont d'une sensibilité extrême au froid ; et l'absence de réaction, si fréquente surtout chez les mélancoliques et déments, en augmente encore les effets pernicieux.

Voici deux observations où nous trouvons une pleurésie et une pleuro-pneumonie, ayant précédé l'envahissement du tubercule.

Obs. VI. Lypémanie hypochondriaque dégénérant en démence stupide; pleurésie; phthisie pulmonaire; attaques épileptiformes; mort.

Louis G..., 29 ans, cordonnier, est entré le 1er mars 1869 pour la seconde fois. Il est atteint de lypémanie hypochondriaque avec idées de persécutions et paroxysmes d'agitation pendant lesquels il est dangereux pour son entourage, et principalement pour les membres de sa famille.

Il résulte des notes mensuelles que, jusqu'en juin 1870, il a été agité, gesticulant, remuant les lèvres comme pour parler, se montrant agressif, avec alternatives de calme et de travail.

En novembre, on note une tendance à la démence.

En juin 1871, on signale quelques réactions maniaques de temps en temps. La santé générale est bonne; ce malade est gros et gras et d'une constitution robuste.

En 1873, la démence s'accentue, la stupeur devient de plus en plus grande. Louis G... manque absolument d'initiative et garde une entière immobilité. Il ne répond plus aux questions qu'on lui fait, et quand il parle, son langage est d'une incohérence complète.

Février 1873. Pleurésie.

Avril. La pleurésie a disparu, mais on soupçonne des tubercules pulmonaires; il y a de l'affaiblissement des forces.

15 *juin.* On constate des signes parfaitement nets de tubercules aux sommets des poumons. Il existe aussi un

bruit de souffle au 1er temps à la pointe du cœur. Le malade ne quitte plus le lit et a présenté à plusieurs reprises des attaques convulsives épileptiformes.

25 *juin*. Décès à cinq heures du soir. La respiration tout à coup est devenue embarrassée. Le malade a présenté pendant quelques secondes de la contracture des membres, puis quelques convulsions. La respiration est devenue stertoreuse et s'est subitement suspendue; il y avait un peu d'écume à la bouche. L'attaque a duré environ trois minutes.

L'autopsie n'a pu être faite. Elle eût peut-être démontré l'existence d'une tumeur tuberculeuse du cerveau.

Cette observation, très-incomplète, pourrait sans doute donner matière à discussion: on pourrait n'y voir, à la rigueur, qu'une pleurésie symptomatique d'une tuberculose passée inaperçue à ses débuts, mais la suivante ne présente pas les mêmes obscurités.

Obs. VII. Lypémanie dégénérée en démence; pleuro-pneumonie; tubercules se développant dans les poumons, le péritoine et l'intestin; mort; autopsie.

Pierre B..., né en 1825, entre le 5 juin 1866. Il est atteint de lypémanie avec agitation et délire systématisé sur des idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe, du toucher et du goût. Il entend des voix qui lui disent qu'on va le faire mourir; on le brûle avec de l'huile bouillante; on lui donne des coups de hache et de couteau; ses aliments ont le goût du poison. Menaces de suicide.

Septembre 1873. Lypémanie dégénérée en démence. Facultés très-affaiblies. Il parle seul, se montre indifférent, insensible, sans spontanéité. Quand il ouvre la bouche pour parler, les muscles de la face deviennent le siége d'un tremblement convulsif. Quelques idées hypochondriaques.

18 *juin* 1874. Pleuro-pneumonie du côté gauche; cette affection ne se résout qu'avec une lenteur extrême. Au bout de plusieurs mois, la respiration ne se fait pas encore de ce côté. Un peu plus tard, on y entend de gros râles humides très-abondants qui font supposer une fonte caséeuse. Puis ce symptôme disparaît. Mais bientôt la respiration devient rude des deux côtés. Il y a de la submatité des deux poumons; il se forme évidemment des tubercules. Le malade est atteint en outre d'une constipation qui ne cède qu'aux purgatifs répétés. Il éprouve des douleurs dans la région du foie et dans l'abdomen. Il se plaint beaucoup, malgré la démence profonde dans laquelle il est plongé.

Peu à peu, l'épuisement augmente, la consomption suit une marche rapide, et le malade succombe dans le marasme, le 12 mai 1875.

Autopsie. — L'encéphale présente dans son ensemble, et principalement le cervelet, un état de ramollissement qui doit vraisemblablement être attribué à la putréfaction (le décès remonte à 44 heures). Le cerveau pèse 1,180 gr., le cervelet, l'isthme et le bulbe, 160 gr. Les méninges ne présentent rien d'anormal. La pie-mère est saine et transparente. Les ventricules latéraux contiennent une certaine quantité de sérosité; leurs parois sont désorganisées, et des lambeaux de substance cérébrale ainsi qu'une matière gélatineuse de couleur rosée, flottent dans le liquide qu'ils contiennent. Il semble s'être fait là un travail inflammatoire récent. Les plexus choroïdes sont volumineux, surchargés de petits kystes d'un aspect louche et laiteux.

A la coupe, la substance grise paraît atrophiée.

En pratiquant des coupes horizontales sur l'hémisphère droit, on tombe sur un foyer hémorrhagique, situé à un centimètre au-dessus de la paroi supérieure du ventricule latéral dans la substance blanche. Ce foyer est du volume d'un gros pois et contient du sang couleur jus de tabac, à demi solide; tout autour, il y a un peu d'imbibition et de

ramollissement. (Le malade n'a jamais présenté le moindre symptôme de paralysie ; deux jours avant de mourir, il se promenait encore.)

Le lobe occipital de l'hémisphère gauche est atteint d'atrophie scléreuse. Il est, au toucher, d'une dureté qui contraste avec le ramollissement du reste de l'encéphale, mais qui n'atteint pas cependant celle du cartilage. Les circonvolutions en sont extrêmement minces et leur substance grise a presque entièrement disparu.

Poumons : le gauche est réduit à un très-petit volume et couvert de fausses membranes très-adhérentes à la paroi costale. Dans sa partie supérieure sont disséminées des granulations tuberculeuses assez abondantes. Le poumon droit est dans toute son étendue farci de granulations tuberculeuses très-confluentes, mais dont aucune n'est ramollie.

Le cœur présente sur sa face antérieure une large plaque laiteuse. Le ventricule gauche est légèrement hypertrophié. Les oreillettes contiennent des caillots fibrineux.

Le foie est dur et crie à la coupe. Sa substance est décolorée, jaunâtre et mamelonnée. Il y a évidemment un commencement de cirrhose.

L'épiploon est parsemé de granulations tuberculeuses de la grosseur d'un pois. Il y a partout des adhérences et des traces de péritonite. Le gros intestin présente aussi à sa surface extérieure de nombreuses granulations tuberculeuses.

La conclusion de tout ce qui précède, c'est que l'aliénation mentale, au moins dans ses formes dépressives, engendre positivement une prédisposition à la tuberculose. L'étiologie de cette affection chez les aliénés, se résume dans l'épuisement des propriétés vitales de l'organisme ; épuisement qui est dû, tantôt, à l'élément vésanique seul ; tantôt pour une part à l'élément vésanique, et pour une autre part, aux maladies incidentes, aux circonstances

extérieures et à certaines conditions physiques encore mal déterminées.

Dans les quelques pages qui vont suivre, nous allons examiner les particularités de la marche de la tuberculose chez les aliénés.

II

Suivant la description commune, la phthisie se caractérise au début par un grand nombre de signes légers et fugitifs qui, pris isolément, n'ont que peu d'importance, mais dont l'ensemble acquiert une grande valeur et suffit la plupart du temps pour asseoir le diagnostic. Ce sont, par exemple, des rhumes répétés, un essoufflement habituel, une petite toux sèche le soir, des névralgies intercostales, des sueurs nocturnes, le déclin progressif des forces, la dyspepsie, la diarrhée, et enfin, dans une période un peu plus avancée, l'amaigrissement et l'apparition de la fièvre.

Sauf ces deux symptômes, dont nous parlerons tout à l'heure, tous les autres nous font défaut chez les aliénés. C'est assez dire que dans la majorité des cas, la maladie ne peut être diagnostiquée que très-tard, alors que le dénoûment fatal est proche, et que toute intervention thérapeutique est devenue illusoire. « Ces phthisies, dit Esquirol, échappent à l'observation la plus attentive. Les malades s'affaiblissent, tombent dans le marasme et la fièvre lente, quelquefois avec toux, dévoiement; ils s'éteignent; le délire, loin de cesser, augmente jusqu'à la fin. »

En vain, il semblerait qu'à défaut de tous ces symptômes, l'examen direct par l'auscultation et la percussion pratiquée au moindre soupçon, ou même d'une façon préventive sur tous les malades, puisse fournir quelque lumière et permettre un diagnostic moins tardif. Mais un nouvel obstacle se présente alors. La respiration, chez beaucoup de ces malades, se fait d'une façon si défectueuse; les mouvements de la cage thoracique sont si limités; l'air circule avec tant

de lenteur et en si petite quantité que très-souvent, chez les déments et les stupides on n'entend même pas le murmure respiratoire normal. Il faut que les lésions pulmonaires soient déjà avancées, pour que l'auscultation fournisse les éléments d'un diagnostic précis. Et sans l'auscultation, il serait, la plupart du temps, téméraire de s'en fier aux seules données de la percussion.

L'amaigrissement, quoique assez constant, n'est pas un signe absolu ; d'ailleurs, il ne survient parfois que fort tard, ainsi que plusieurs observateurs le font remarquer. « Les aliénés qui succombent à la phthisie, dit Marcé, gardent fort longtemps leur embonpoint et leur appétit, et rien n'est changé à leurs habitudes et à leur délire. » Il en a été ainsi dans plusieurs de nos observations ; et quelques semaines avant de succomber, beaucoup de nos malades jouissaient de toutes les apparences d'une bonne santé. La période consomptive est courte, et cette rapidité de la marche des accidents, une fois déclarée, ne peut s'expliquer que par le peu de résistance qu'offre à la maladie l'organisme de ces malades dénué d'énergie et de vitalité.

La fièvre est un phénomène positif, mais, il faut l'avouer, elle peut aussi pendant longtemps échapper à l'observation, grâce à la passivité des malades. Ils ne se plaignent pas, mangent comme d'habitude, parfois même avec gloutonnerie alors que leur température s'élève à 40 degrés (1), et restent plongés dans leur immobilité et leur inertie, devant laquelle on finit par passer découragé de l'insuccès de tous les moyens thérapeutiques.

Tout examen fait dans le but de constater la fièvre à son début peut rester négatif si on ne fait pas usage du thermomètre. Le pouls ne dépasse pas sensiblement la moyenne normale ; la peau, en raison du peu d'élévation

(1) Cette assertion n'a rien d'exagéré. Nous suivons en ce moment un malade qui est dans ce cas.

de la température du corps qui ne dépasse pas alors 39°, ne donne pas une sensation de chaleur bien évidente ; l'extérieur du malade est resté le même; c'est tout au plus s'il se hérisse davantage et s'il offre un aspect un peu plus souffreteux que d'habitude, nuance qui d'ailleurs n'est pas toujours appréciable. Cet instrument, dans les cas où l'auscultation ne donne pas de résultats, peut rendre de véritables services et suffire à lui seul à déceler les premiers envahissements de la période consomptive.

La période de phthisie proprement dite étant,en général, de courte durée, la fièvre, après s'être maintenue quelque temps à un degré modéré, atteint rapidement ses limites extrêmes. La température oscille pendant quelques semaines au plus, entre 38 et 39°, le soir, puis elle monte rapidement à 40° et plus, jusqu'à la terminaison fatale. Les lésions pulmonaires suivent d'ailleurs cette progression rapide et vont souvent jusqu'à la destruction complète d'un poumon.

L'observation suivante est intéressante à cet égard.

Obs. VIII.— G..., 21 ans, entré le 22 août 1875, est atteint de délire mélancolique avec prédominance d'idées religieuses. Il se croit entouré d'ennemis, appelle à son secours la Vierge et les saints, il se couvre de médailles et de scapulaires. Il a été trouvé errant dans la campagne, et nous manquons complétement de renseignements sur son compte. Etat général mauvais, tendances à la stupidité.

Septembre. — Refus d'aliments; emploi de la sonde œsophagienne pendant quelques jours; masturbation; demi-stupeur ; immobilité; mutisme.

Octobre. Le malade mange bien, mais paraît s'affaiblir. Stupidité; sialorrhée.

14 octobre. Submatité aux deux sommets des poumons avec rudesse de la respiration. Quelques craquements principalement à gauche. Pupille droite plus dilatée que la

gauche. Ni toux, ni crachats. Bon appétit; la température oscille entre 37, 6 et 39° et le pouls entre 70 et 76. Urines normales, pas d'albumine.

1er *décembre*. Souffle caverneux à droite; râle muqueux à grosses bulles à gauche. La température du matin s'approche de 39°, et celle du soir dépasse 40°. Ce malade ne tousse pas. Ses narines sont le siége d'un écoulement muco-purulent d'une grande abondance. La bouche est toujours pleine de salive. La maigreur est extrême, mais l'appétit est parfait, le malade mange beaucoup.

Nous présentons l'observation suivante, comme un type de la marche insidieuse de la maladie, et de la rapidité avec laquelle la période consomptive accomplit son œuvre de destruction une fois déclarée. Ce malade est mort pour ainsi dire debout portant dans ses poumons des lésions effrayantes, et que l'appareil symptomatique ne pouvait guère faire soupçonner.

Obs. IX. Démence stupide; phthisie pulmonaire; mort, autopsie.

Christophe D..., 29 ans, entre pour la seconde fois le 24 octobre 1872. La première fois il était atteint de manie avec violents accès d'agitation, cependant il fut renvoyé comme inoffensif. Cette fois-ci, il est atteint de démence stupide. Les causes de la maladie nous sont inconnues.

Son existence est purement végétative. Tantôt inerte sur un banc, tantôt il tourne des heures entières autour d'un arbre. Il prononce à peine quelques mots vides de sens. Affaiblissement profond de la sensibilité morale et physique. Refus de manger de la viande. Masturbateur effréné.

27 *avril* 1874. Depuis trois jours, on s'aperçoit que ce malade s'affaiblit considérablement. Il n'accepte plus de nourriture. Il ne tousse pas; on ne peut le faire respirer pour l'ausculter; la percussion ne donne aucun résultat bien positif. Stupeur profonde, malléoles œdématiées. Les membres inférieurs présentent diverses rougeurs érythé-

mateuses, et même des eschares produites par le contact permanent de l'urine. Régime reconstituant. Vin de quinquina.

20 *mai*. Le malade est un peu moins faible, mais est dans un état cachectique prononcé. Son nez jette abondamment des mucosités épaisses purulentes. A l'orifice des fosses nasales on constate des ulcérations taillées en godet. Pas de toux ni de crachats.

Juin. Grande faiblesse. Cependant le malade reste toujours levé.

8 *juillet*. Le matin en levant le malade, on s'aperçut qu'il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes ; on s'est empressé de le recoucher. Mais à la visite, il était déjà dans le coma.

Décédé à une heure 1/2 de l'après-midi.

Autopsie 40 heures après la mort. — L'encéphale est le siége d'un léger ramollissement général qui doit être imputé à la décomposition, car on passe par des chaleurs de 30° centigr. Ses membranes sont parfaitement saines et transparentes. Décoloration de la substance corticale. Rien de particulier à la coupe, sinon cette diminution de consistance déjà notée. A la partie antérieure de l'hémisphère gauche, se trouve une concrétion calcaire dans la pie-mère, de la grosseur d'un haricot très-aplati.

Poids du cerveau, 1,185 gr., du cervelet et de l'isthme, 170 grammes.

Le lobe supérieur du poumon droit est farci de tubercules non encore ramollis ; on n'y trouve aucune caverne. Le poumon gauche est littéralement transformé en une énorme caverne au milieu de laquelle se trouvent les vaisseaux et les bronches comme disséqués et entièrement isolés. Les deux poings tiendraient facilement dans cette cavité.

Le cœur est sain, sauf une légère hypertrophie du ventricule gauche.

Chez ce malade, nous notons l'absence de toux et de

crachats. La toux manque en effet parfois ; le plus souvent elle s'observe surtout dans la dernière période de la maladie, alors que les sécrétions morbides sont tellement abondantes que leur expulsion est rendue absolument nécessaire. La toux chez nos malades est simplement chargée de cette fonction et ne devient jamais, comme chez tant de phthisiques, une torture de tous les instants.

Quant aux crachats, leur absence est encore plus fréquente; les sécrétions broncho-pulmonaires sont avalées, ou, peut-être, une partie en est-elle rejetée par les fosses nasales. En effet, ces cavités sont fréquemment le siége d'un catarrhe chronique; mais l'écoulement en est tellement considérable, que cette abondance inusitée ne paraît pouvoir s'expliquer qu'en admettant qu'une partie des mucosités pulmonaires est rejetée par cette voie. Cependant, la démonstration clinique de cette opinion nous manque encore, bien que nous pensions avoir à plusieurs reprises assisté au mécanisme de cette expulsion.

Les complications qui surviennent dans le cours de ces phthisies sont principalement de nature cachectique. Nous avons observé le muguet, qui n'est d'ailleurs pas rare chez les phthisiques non aliénés ; un état fongueux des gencives avec hémorrhagies, probablement de nature scorbutique et aussi un cas de gangrène des extrémités qui, survenu au mois de mai, ne saurait être attribué au froid.

Obs. X. Lypémanie stupide; gangrène des orteils du pied gauche phthisie pulmonaire; décès.

Achille R..., né le 15 octobre 1852, entre à l'asile 25 avril 1872, atteint pour la troisième fois d'aliénation mentale. Le premier accès a débuté à l'âge de 12 ans, sous l'influence d'une émotion vive. Cette fois-ci, la maladie s'est développée sous l'influence de la crainte des Prussiens et revêt la forme de la lypémanie stupide avec réactions maniaques. Le malade, d'un caractère timide et craintif, est

d'une taille élevée, d'une constitution forte et n'avait aucune prédisposition héréditaire.

A son entrée, on note un délire mélancolique avec subagitation, désordre des actes et légère incohérence dans les idées. La physionomie est inquiète, le regard effrayé et hagard. Il parle de Prussiens, d'incendiaires, etc.; on n'obtient aucune autre réponse. Insomnie, refus d'aliments, peau chaude, ayant conservé sa sensibilité, langue saburrale.

28 *avril* 1873. Stupeur mélancolique, tristesse, anxiété générale, gestes d'un homme désespéré. Il prie constamment, se met à genoux dans un coin et y reste indéfiniment. De temps en temps il s'agite, présente le plus complet désordre des idées et des actes, bouscule, renverse tout sur son passage. Quelquefois il y a chez lui des mouvements convulsifs alternant avec un état extatique et cataleptique. Il est impossible d'obtenir de lui une réponse satisfaisante. Il est gâteux, automate, n'a aucune initiative.

17 *mai*. Le malade est en ce moment à l'infirmerie atteint d'une gangrène spontanée qui a envahi les orteils du pied gauche. L'état général est mauvais depuis quelque temps. Les poumons sont atteints de tubercules.

Juin. Les eschares très-superficielles des quatre derniers orteils sont tombées, et les plaies se sont cicatrisées, mais celle du gros orteil ne l'est pas encore.

25 *septembre*. La partie nécrosée n'est pas encore éliminée.

7 *octobre*. Le malade s'affaiblit de plus en plus, les organes respiratoires sont en très-mauvais état et sont en voie de tuberculisation. Il tousse et crache beaucoup. Facultés intellectuelles très-affaiblies ; aucun rapport avec le monde extérieur.

24 *octobre*. Décès.

L'autopsie n'a pas été faite.

Dans l'observation suivante, la maladie semble avoir

débuté par le larynx. Nous avons cherché dans le compte-rendu de l'autopsie, la confirmation de ce diagnostic, mais par un oubli inexplicable, le larynx n'a pas été examiné. L'observation reste donc forcément incomplète.

Ons. XI. — Démence; phthisie laryngée et pulmonaire; mort; autopsie.

Le nommé Laurent N..., musicien ambulant, âgé de 32 ans, est entré le 26 juillet 1870. Il est atteint d'affaiblissement intellectuel avec incohérence, désordre général des idées. On ne peut tirer de lui aucune parole raisonnable, mais on constate dans son délire une prédominance d'idées hypochondriaques. Ainsi il se dit atteint de nombreuses maladies; il porte sur lui un bandage herniaire avec une plaque de fer blanc. Cependant, cet individu est bien conformé et n'offre aucune trace des maladies qu'il allègue. Déchéance morale, vagabondage, mendicité nombreux excès.

10 *août*. Délire maniaque, incohérence, hallucinations de l'ouïe et de la vue.

L'année suivante, en juin 1871, on constate une démence confirmée. Calme, satisfaction, perte de la mémoire.

En janvier 1873, il est atteint d'enrouement chronique. Expiration prolongée aux sommets.

En mai, l'état du malade va en s'aggravant de plus en plus; phthisie laryngée, œdème des membres inférieurs.

8 *juin*. Marche extrêmement rapide des accidents. Respiration profondément altérée, anxiété considérable, état général déplorable.

10 *juin*. Décès.

Résumé de l'autopsie. — Légère infiltration des membranes et un peu de sérosité dans les ventricules. Congestion du cerveau, du cervelet, du bulbe et de la protubérance. Poids de l'encéphale 1,310 gr.; du cerveau 1,135 gr.

Poumons adhérents à la cage thoracique. Le sommet du poumon droit est partout infiltré de matière caséeuse, mais n'offre pas de cavernes. Le sommet du poumon gauche présente des cavernes dont le volume varie de celui d'une noisette à une noix. Toute l'étendue de ce même poumon est envahie par une infiltration tuberculeuse disséminée.

Le cœur est un peu gros.

Le foie, congestionné, pèse 1,435 gr.

La rate n'offre rien de particulier.

Les reins sont graisseux.

L'intestin grêle présente à sa partie inférieure des arborisations et des ecchymoses. Quelques plaques de Peyer sont volumineuses. Au niveau du cœcum la muqueuse intestinale est notablement épaissie.

Deux fois nous avons vu les convulsions épileptiformes précéder la mort. C'est d'abord dans l'observation VI et dans l'observation suivante.

Obs. XII. Idiotie; phthisie pulmonaire; hémorrhagie sus-arachnoïdienne; mort; autopsie.

Jean G..., entré le 8 octobre 1868, à l'âge de treize ans, est atteint d'idiotie portée au plus haut degré. Il n'a aucune conscience de ses actes, ni de ses besoins naturels. Il n'a pas l'usage de la parole. Il est en outre affligé de plusieurs conformations vicieuses. Ses membres inférieurs sont atrophiés et ne peuvent le porter.

Le 20 février 1875, il est atteint de la grippe, qui règne épidémiquement à l'asile. La guérison a lieu au bout de quelque temps.

18 *juillet*. Ce malade tousse beaucoup depuis plusieurs jours; un muguet très-abondant s'observe sur la langue. Ce matin il a une attaque épileptiforme, et depuis ce moment, il est dans le coma.

Décédé le 19 juillet après une longue agonie.

Autopsie. — Le cerveau est remarquablement volumineux. La dure-mère incisée laisse voir à droite une hémorrhagie en nappe siégeant dans toute l'étendue de la cavité arachnoïdienne, sauf au niveau du lobe antérieur. A gauche, l'hémorrhagie ne s'étend qu'à la surface du lobe occipital. L'épaisseur de ce vaste caillot peut avoir au maximum deux millimètres ; pesé après réunion aussi complète que possible des débris, il pèse 22 gr. Les circonvolutions du cerveau, qui sont très-peu profondes, ne présentent qu'une très-petite épaisseur de substance grise. Les parois des ventricules latéraux sont désorganisées et ramollies. La coupe du cerveau n'offre rien de particulier. Chacun des hémisphères pèse 500 gr.

Le poumon gauche est farci de tubercules à toutes les périodes d'évolution. Dans la moitié supérieure il y a de vastes cavernes. Le droit est également infiltré de tubercules, mais n'a pas de cavernes.

Dans le cas que nous avons rappelé et dans celui-ci il n'y a qu'un point de commun, la mort précédée de convulsions ; chez ce dernier malade, les convulsions apparaissent pour la première fois, causées par une hémorrhagie sus-arachnoïdienne, tandis que chez le premier elles s'étaient déjà produites à divers intervalles, amenées probablement par la marche lente et progressive d'une tumeur tuberculeuse du cerveau.

Voici encore une observation intéressante d'une épileptique chez qui le nombre des accès a suivi une marche ascendante, à mesure que l'affection pulmonaire faisait des progrès.

Obs. XIII. — Imbécillité compliquée d'épilepsie ; fracture de jambe ; tubercules pulmonaires ; le nombre des accès augmente à mesure que la phthisie fait des progrès ; mort ; autopsie.

Félicité C..., née le 15 novembre 1835, entre le 3 juin 1872. Cette fille, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin-lymphatique, est atteinte d'arrêt de développement

des facultés intellectuelles (imbécillité), compliqué d'épilepsie. Tous ses frères, sœurs et parents sont bien portants. Le développement intellectuel est presque nul, cependant elle fait entendre quelques paroles mal articulées qui lui suffisent à exprimer ses besoins. Les crises épileptiques sont fréquentes et toujours nocturnes; jusqu'en novembre 1874, la moyenne est d'une vingtaine par mois.

25 *novembre* 1874. La malade se fracture la jambe gauche à son tiers inférieur; il nous est impossible de savoir la cause de cet accident. On applique un triple appareil dextriné. Lorsqu'on l'enlève, au bout de cinq semaines environ, la consolidation est parfaite, il n'y a aucune déformation, bien que la malade ait eu pendant tout ce temps environ deux attaques d'épilepsie par nuit.

Mais à partir de ce moment, le nombre mensuel des attaques augmente d'une manière considérable. La moyenne monte à 70.

En *mars* 1875, on en compte jusqu'à 137.

20 *août* 1875.. Depuis quelques jours cette malade se plaint beaucoup, elle ne mange plus, se couche par terre toute la journée. Le pouls est fréquent, la peau chaude. L'examen de la poitrine, bien que très-imparfait, à cause de l'intelligence de la malade, indique de graves lésions pulmonaires, et probablement la phthisie tuberculeuse à un degré très-avancé.

2 *septembre*. Décès.

Autopsie 25 heures après la mort.

Boîte crânienne d'une épaisseur moyenne de 9 millimètres, et d'une dureté extraordinaire. Dure-mère d'une épaisseur remarquable et adhérente au crâne. Circonvolutions très-serrées et comme comprimées. Substance cérébrale dense et très-ferme. Sérosité sous-arachnoïdienne abondante. Ventricules latéraux distendus par une grande quantité d'un liquide de même nature.

L'encéphale pèse 1,325 gr., le cerveau, 1,155 gr. L'hémi-

sphère droit présente de larges suffusions sanguines à sa surface au niveau du frontal. A la coupe, on constate un fort piqueté qui se transforme par la pression en larges gouttelettes de sang.

L'hémisphère droit, le cervelet et l'isthme n'offrent rien de particulier.

Le poumon droit est sain dans toute son étendue.

Le poumon gauche présente des adhérences pleurétiques et des plaques exsudatives à sa partie supérieure et moyenne. L'épaississement des deux feuillets de la plèvre est tel qu'il est impossible de les séparer sans déchirer le poumon. Le lobe supérieur est constitué par une série de cavernes remplies de liquide purulent et de matière tuberculeuse, traversées par des brides de tissu cellulaire et des débris de vaisseaux.

C'est au mois d'octobre 1874 que le nombre des attaques d'épilepsie augmente progressivement, et c'est aussi probablement, à cette époque, qu'ont débuté les lésions pulmonaires, bien qu'elles ne soient constatées qu'au mois d'août de l'année suivante, alors qu'elles sont extrêmement avancées. L'apparition de ces divers accidents coïncidant avec la fracture de jambe, il est impossible de ne pas faire de rapprochement entre ces trois faits, et de ne pas voir dans le traumatisme le coup de fouet qui a hâté la dégénérescence tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, l'influence que semble exercer la phthisie pulmonaire sur le nombre des crises épileptiques est un fait à noter.

La forme la plus commune de la tuberculose des aliénés est, comme nous l'avons déjà dit, la phthisie ulcéreuse à marche chronique. Cependant, nous avons déjà rapporté une observation de tuberculose généralisée survenue chez un dément hypochondriaque à la suite d'une pleurésie chronique. Les souffrances dont ce malade se plaignait, tantôt dans la poitrine, tantôt dans le ventre, tantôt

dans les membres, étaient rapportées au délire hypochondriaque, ainsi que la constipation opiniâtre qui a persisté jusqu'à la mort, et qui est si ordinaire à ces sortes de malades. Il n'a pas, du reste, succombé à cette nouvelle affection, car outre qu'elle était encore peu avancée, les nombreuses lésions trouvées à l'autopsie dans le cerveau, le foie, le poumon, suffisent pour expliquer la mort. Voici un cas où la tuberculose a affecté la forme entéro-mésentérique et a conduit rapidement le malade au tombeau.

Obs. XIV. Lypémanie dégénérée en démence; tuberculose mésentérique et intestinale; marasme; mort; autopsie.

La femme D..., âgée de 26 ans, entre à l'asile de Ville-Évrard en mai 1868, et est conduite à l'asile d'Auxerre le 9 février 1869. Elle est atteinte de lypémanie; nous ignorons les causes qui ont pu faire naître cette affection. Elle présente des alternatives de dépression mélancolique et d'agitation maniaque qui se développent sous l'influence d'idées tristes et d'hallucinations. Alors elle entre en fureur, brise les vitres, les objets qui lui tombent sous la main, frappe, déchire ses vêtements. Peu à peu elle tombe dans la démence et ne sort plus d'un état de demi-stupeur.

Août 1873. Cette malade s'affaiblit progressivement. Elle ne tousse pas, ne se plaint d'aucun organe, et rien, si ce n'est l'épuisement du système nerveux, ne peut expliquer ce changement.

13 *septembre*. Une diarrhée incoercible est survenue; la situation devient de plus en plus grave. La malade tombe dans le marasme et ne quitte plus son lit.

6 *octobre*. Diarrhée colliquative, qui néanmoins disparaît quelquefois pour reparaître bientôt avec une plus grande intensité. Toniques énergiques. Viande alcoolisée.

15 *novembre*. Décédée dans le marasme le plus complet.

Autopsie. — Cavité crânienne. — L'incision de la dure-mère laisse voir les enveloppes subjacentes gorgées de séro-

sité citrine. La consistance de la substance cérébrale est normale. La substance grise est décolorée. Les ventricules sont remplis d'une quantité de sérum limpide.

Cavité thoracique. — La cavité pleurale droite contient environ un verre de sérosité. Ses parois sont lisses et ne présentent pas de trace d'inflammation. La plèvre gauche, au contraire, est distendue par une grande quantité (un litre environ) d'un liquide jaune d'ambre un peu épais. Les parois sont recouvertes de fausses membranes fibrineuses, rouges et injectées, résultat évident d'un travail inflammatoire récent. Le poumon du même côté est ratatiné et de la grosseur du poing à peine.

Les poumons n'offrent que quelques granulations tuberculeuses, rares, aux sommets.—Le cœur est petit et atrophié.

Cavité abdominale. — Le foie a son volume normal, mais il est décoloré, jaunâtre, atteint de dégénérescence graisseuse. L'épiploon est épaissi, lardacé, et farci de masses tuberculeuses, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noisette. Il en est de même du mésentère et de ses ganglions.

Le feuillet pariétal du péritoine est parsemé de granulations tuberculeuses en énorme quantité.

Le tube digestif est le siége d'ulcérations de toutes dimensions très-visibles à travers la transparence de sa paroi, dans laquelle on aperçoit aussi comme des traînées de granulations tuberculeuses.

Le manque de temps n'a pas permis de l'ouvrir.

En général, le développement de la tuberculose n'a aucune influence sur la marche de l'affection mentale ; cela se comprend, du reste, cette dernière étant arrivée la plupart du temps à sa période ultime au moment de l'invasion des accidents tuberculeux. Nous excepterons cependant le cas d'une dame qui, entrée à l'asile, atteinte à la fois de manie aiguë avec agitation extrême et de phthisie très-avancée,

a recouvré entièrement l'usage de ses facultés deux heures avant de succomber. Il faut remarquer que le début de la phthisie était de beaucoup antérieur à celui de la vésanie, et que cette dernière était encore dans toute sa période d'acuité au moment de la terminaison fatale.

Voilà, des nombreuses observations de tuberculose des aliénés que nous avons réunies, celles qui nous ont semblé les plus remarquables. Si, au point de vue anatomo-pathologique, on les embrasse dans un coup d'œil d'ensemble, on remarquera encore quelques points intéressants.

De toutes les autopsies contenues dans ce travail, il n'y en a qu'une seule où l'on ait trouvé des lésions graves, avancées, des cavernes en un mot, dans le poumon droit. Plusieurs fois même, ce poumon n'est pas atteint ou l'est à peine. En revanche, le gauche présente presque toujours des lésions formidables, pouvant aller jusqu'à la destruction presque complète. Ce phénomène, dont on n'a donné aucune explication raisonnable, a été indiqué par Calmeil, et Marcé en reconnaît la constance dans son traité des maladies mentales.

D'ailleurs cette même particularité se rencontre dans le cours des phthisies ordinaires, bien qu'à un moindre degré.

Les lésions trouvées dans le cerveau n'ont en général rien de particulier. Ce sont les lésions ordinaires de la démence (sérosité sous-arachnoïdienne et ventriculaire, épaississement des membranes, atrophie de la substance grise) compliquées parfois des signes de la congestion (piqueté de la substance blanche, suffusions sanguines à la surface du cerveau).

Les lésions viscérales sont des dégénérescences graisseuses du foie, des reins; des épaississements des muqueuses gastrique et intestinale et des ulcérations tuberculeuses.

TROUBLE SPONTANÉ

DE LA

SENSIBILITÉ GÉNÉRALE

Par M. le Dr TAGUET
Médecin adjoint de l'asile de Ville-Évrard (1).

S'il est dans la folie un symptôme variable, capricieux, se prêtant difficilement à l'observation de l'œil le plus exercé et le plus attentif, c'est assurément le trouble de la sensibilité générale. Tour à tour augmentée, diminuée ou pervertie selon les cas et parfois chez les mêmes individus, comme cela se rencontre chez les alcooliques, elle échappe à toute classification rigoureuse. Tantôt elle précède, accompagne ou suit les illusions ou les hallucinations des sens spéciaux du toucher, de l'odorat, du goût, de l'ouïe et de la vue, tantôt elle reste intacte, alors que ces organes sont profondément altérés.

L'aliénation mentale ne la comporte pas nécessairement, et les exemples en sont nombreux. La réciproque ne nous semble devoir être admise qu'à titre tout à fait exceptionnel dont, par respect et par croyance religieuse plutôt que par l'observation et le raisonnement des faits, nous ferons bénéficier quelques natures privilégiées. Pénétré de l'idée que Dieu voulait lui faire éprouver les douleurs de la passion pour purifier son âme, saint François d'Assises invoquait à toute heure le tableau du Sauveur expirant sur la Croix. Il éprouva, un jour, aux mains et aux pieds la douleur du crucifiement, et remarqua la trace ensanglantée

(1) Service de M. le Dr Dagron, médecin en chef.

des clous. Sainte Catherine de Sienne obtint la même faveur « elle ressentit les cinq plaies » et crut en remarquer les stigmates. Sainte Catherine de Raconysio sentit sur son front la double empreinte d'une couronne d'épines. Enfin sainte Ludgarde et la bienheureuse Catherine de Ricci, de Florence, passèrent par la sensation douloureuse de la flagellation. La noblesse de leur caractère, le degré de vertu où ces saints sont arrivés éloignent, sans doute, toute idée de mensonges et de supercheries. Est-ce à dire pour cela qu'il faille admettre, comme chose normale et naturelle, toute une série de sensations morbides indépendantes d'une altération des fonctions cérébrales ou d'une lésion d'un organe, d'un tissu de l'économie? Scientifiquement nous ne le pensons pas. Tout étrange que cela paraisse nous serions plus disposé à accueillir les stigmates dont l'existence ne nous semble pas opposée à la physiologie. Avec Maury, (*Annales médico-psychologiques*, 1855), nous les expliquerons par un trouble localisé de l'innervation, comme il en existe des exemples dans la science. A défaut de cette hypothèse nous sommes obligé d'admettre qu'ils sont la conséquence de coups, de blessures, que ces saints se sont portés eux-mêmes dans le paroxysme de leurs transports et sans en avoir conscience.

Les troubles de la sensibilité générale, qu'ils soient la conséquence d'une hallucination ou d'un état pathologique, sont continus, intermittents ou spontanés. Ces derniers reconnaissent deux grandes causes : une modification dans les fonctions de l'économie, telle que l'arrêt ou le retour d'un flux normal ; ou bien une circonstance tout à fait imprévue ou inattendue. Nous nous occuperons seulement de ces dernières, les premières ayant fait, en partie, l'objet de notre thèse.

1re observation.

Madame Caroline G....., âgée de 19 ans, appartenant à

une famille d'aliénés, mariée depuis six mois, est devenue triste, peu communicative, rêveuse et craintive, presque aussitôt après son mariage. On l'interroge en vain, on cherche à multiplier les distractions autour d'elle, mais elle ne s'y prête pas et finit par refuser de sortir. On remarque qu'elle s'enferme dans sa chambre, qu'elle écrit souvent, et qu'elle cache soigneusement un petit cahier. On saisit le cahier et l'on apprend que cette jeune femme, jusqu'au jour de son mariage, avait absolument ignoré ce que pouvait bien être l'union des deux sexes, et qu'elle a éprouvé un saisissement voisin de la terreur et suivi d'un tremblement prolongé à la suite de la première approche conjugale; mais que depuis qu'elle a vu en plein jour le corps et le pénis rigide de son mari, elle peut très-difficilement se défaire de cette image qui l'obsède, l'émeut et la désespère. La persistance de l'image a provoqué et alimenté tout un certain ordre de pensées et d'interrogations au sujet des organes génitaux de l'homme, de leurs fonctions, de leurs changements de volume, de la coloration du système pileux, et elle en était arrivée à faire involontairement la remarque que tel individu portait un pantalon large, étroit ou collant.

Une grossesse est survenue, une amélioration très-sérieuse s'est manifestée, et depuis deux ans il n'y a pas encore de rechute. Seulement cette dame ne pénètre jamais dans la chambre de son mari à moins que l'obscurité ne soit absolue et elle évite d'entrer dans un jardin public ou dans un musée dans la crainte d'apercevoir des nudités masculines. (M. le Dr Legrand du Saulle. *Gazette des hôpitaux* du 30 septembre 1875.)

2e *observation.*

En dehors des heures de la visite médicale, Mlle B....., institutrice, était parfaitement calme, travaillait d'une manière régulière, assidue et intelligente. A peine les

médecins et les internes pénétraient-ils dans la salle, qu'elle était subitement prise d'angoisse, de suffocations, d'accélération des mouvements respiratoires. Tout rentrait insensiblement dans l'ordre avec notre éloignement. Un jour n'y tenant plus et vaincue par les souffrances atroces qu'elle était parvenue à dissimuler jusqu'alors, elle se leva à notre entrée, palpitante d'émotion et visiblement en colère et tombant à nos genoux elle demanda grâce, nous priant qu'on la délivrât d'une vie qui lui était à charge, plutôt que de la magnétiser plus longtemps. Ordre fut donné de la laisser au dortoir pendant notre visite. Ce trouble de la sensibilité générale ne tarda guère à s'amender et Mlle B....., a pu quitter l'asile dans un état de santé très-satisfaisant.

Réflexions. — Cette exagération de la sensibilité générale constitue-t-elle un degré de l'érotomanie? on serait tenté de le croire si l'on s'arrêtait uniquement aux symptômes physiques qu'éprouve la malade en présence de personnes d'un autre sexe que le sien. Deux choses capitales font ici complétement défaut, d'un côté un objet aimé, connu ou imaginaire, de l'autre un objet aimant. Ce n'est pas une défaillance du cœur qui fait tomber Mlle B..... à nos pieds, elle n'aime, ni ne veut être aimée, mais bien un entraînement fatal, irrésistible qu'elle déplore et qu'elle combat. La spontanéité du trouble de la sensibilité générale ne nous permet pas d'ailleurs de nous arrêter à cette hypothèse.

3e *observation.*

Mlle F..., mercière, ne peut entendre chanter les oiseaux auprès d'elle sans croire qu'ils la becquettent aux parties génitales. Il a fallu la changer de quartier, parce qu'elle éprouvait de l'anxiété épigastrique chaque fois qu'une religieuse s'approchait d'elle. Les autres sœurs du service ne lui inspiraient aucune antipathie.

Dans les moments où elle était ainsi influencée, elle prétendait éprouver des angoisses, des suffocations, des battements de cœur.

Les troubles de la sensibilité générale n'étaient pas, du reste, les seuls symptômes de la maladie. Celle-ci avait débuté par des douleurs persistantes qui lui avaient fait penser qu'elle était dévorée par un ver solitaire. Plus tard, quand le chant des oiseaux devint chez elle l'occasion de perturbations génitales, des hallucinations de l'ouïe et de la vue s'ajoutèrent à son délire primitivement hypochondriaque qui se transforma rapidement en délire de persécutions. On l'appelait la Vénus animale, on lui tirait la langue dans les rues; pendant la nuit elle était tourmentée par un prêtre, son confesseur, qui cherchait à abuser d'elle et se livrait sous ses yeux à des actes lubriques et à des manœuvres provocatrices.

Réflexions. — Rien dans les organes génitaux ne vient justifier les sensations étranges que la malade éprouve, il n'y a donc pas lieu d'admettre ici un trouble de la sensibilité générale, avec action réflexe sur le cerveau, consécutif à un état morbide. Pour ce qui nous concerne, nous n'ajoutons qu'une importance bien faible à ces retentissements sur le système nerveux; huit fois sur dix, pour ne pas dire plus, ils reconnaissent une lésion insuffisante à les expliquer, telle qu'une névralgie, une métrite ou un simple écoulement muqueux.

Mme C... croit être en butte, chaque nuit, aux caresses amoureuses du diable, ou à des tentatives de tribadisme de la part de son ancienne maîtresse. Elle l'entend, la sent, mais ne la voit pas. Pour échapper aux prétendues manœuvres dont elle se croyait victime, elle s'attachait souvent les cuisses l'une contre l'autre. Vains efforts, elle se réveillait en sursaut, se jetait au bas de son lit et se livrait à des contorsions les plus bizarres pour empêcher tout contact. Un jour elle fut jusqu'à se remplir le vagin de cailloux et

de terre pour empêcher toute pénétration. Au moment de cette perversion de la sensibilité générale, Mme C... avait une légère métrite qui a disparu rapidement sous l'influence d'une médication appropriée, sans amener aucune modification du côté du cerveau, ce qui aurait dû se produire, si cette lésion avait été la cause déterminante de l'affection. De ce qu'on a trouvé chez des lypémaniaques des adhérences soit de la plèvre, soit du péritoine, faut-il admettre qu'elles ont pu amener un trouble intellectuel, parce que de leur vivant ils ont accusé en ces points des sensations douloureuses, alors qu'à l'état normal, ils ne s'en étaient jamais plaints? Qu'elles aient été augmentées ou exagérées dans le cours de la folie, cela se comprend facilement, il n'en est pas autrement dans le cours des maladies aiguës. Il y a en plus, chez les aliénés, une interprétation souvent ridicule et fausse. Nous comprenons très-bien qu'une malade, dont Marcé rapporte l'observation, ait pu prendre les mouvements d'un enfant qu'elle portait dans son sein pour ceux d'un serpent qui cherchait à se donner issue. Au moment de l'accouchement, elle faisait tous ses efforts pour l'empêcher de sortir dans la crainte qu'il ne dévorât les personnes qui l'entouraient. Mais l'auteur fait bien remarquer que ce trouble de la sensibilité générale s'est produit dans le cours de la maladie et ne l'a pas déterminée. De quel droit enfin, quand on est en présence de lésions des membres et des viscères chez les aliénés, attribuons-nous à ces lésions une importance capitale dans la genèse des troubles de la sensibilité, lorsque nous savons que l'existence même de ces membres ou de ces viscères n'est pas nécessaire pour que l'hallucination se produise? La sensation normale ou pathologique a si peu son siége dans l'appareil sensorial externe et même dans l'appareil nerveux de transmission, qu'elle se manifeste parfois, alors que ceux-ci font défaut. Je n'apprends rien de neuf à mes lecteurs en leur disant que l'amputé

ressent parfois des douleurs dans le membre dont il est privé.

4e *observation.*

F... se plaint que sa nourriture, ses vêtements, l'air qu'il respire, tout ce qui l'entoure en un mot, est sous l'influence magnétique. Il ressent tous les mouvements d'une personne de l'asile, lorsqu'elle se trouve en sa présence. Si elle se porte la main au nez, le sien lui démange également, il est obligé, à son tour, quelques efforts qu'il fasse, à y porter les doigts. Lorsque cette même personne entre dans sa division, il est instantanément couvert de son fluide; en son absence, il n'éprouve aucun phénomène anormal. On comprend sans qu'il soit besoin d'insister combien les malades de cette catégorie peuvent être dangereux pour les médecins et le personnel.

5e *observation.*

M. P... a rencontré dans l'escalier de la maison qu'il habite une dame dont il ignore le nom, à laquelle il n'a jamais parlé, qui ne lui a inspiré aucun sentiment d'amour ni de haine. Aussi fut-il grandement surpris de sentir son pénis entrer en érection en sa présence, pour retomber avec la même rapidité à la vue du mari. Chaque fois que le hasard les a mis en présence le même phénomène s'est produit avec la même intensité. Un jour ils se sont croisés dans une allée du bois de Vincennes, l'érection durait depuis un certain temps, ils étaient seuls, que se serait-il passé ? Tout à coup il entend un « psitt » prononcé par le mari qui accourait, et tout rentrait dans le calme le plus parfait.

— On voit, d'après les observations qui précèdent et que nous pourrions multiplier, s'il en était besoin, que les troubles de la sensibilité générale se sont produits accidentellement et sous l'influence d'une cause purement éventuelle, il fallait la vue de certaines personnes, de certaines choses, le chant des oiseaux, pour les amener ou les éloigner.

DES

ALTÉRATIONS DU SYSTÈME CUTANÉ

DANS LA FOLIE

Par M. le Dr Adrien FÈVRE
Médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Armentières.

(Suite et fin.)

CHAPITRE III.

ÉVOLUTION ET MARCHE DES AFFECTIONS CUTANÉES DANS L'ALIÉNATION MENTALE; LEURS RAPPORTS AVEC CETTE DERNIÈRE MALADIE.

« — Nous avons la ferme croyance que les altérations du système cutané, chez les aliénés, n'apparaissent, en thèse générale, qu'après l'existence des lésions du système nerveux. »

« — La nature et la marche des altérations de la peau, dans la folie, peuvent, au besoin, servir de point de repère pour le diagnostic et le pronostic de l'affection mentale. »

Par les descriptions qui viennent de se dérouler sous les yeux du lecteur, nous croyons avoir démontré quelle est la fréquence des altérations de la peau, dans les maladies mentales, ainsi que les variétés infinies de leurs formes et de leurs aspects. Véritable cachexie protéiforme, qui s'offre au regard sous mille apparences diverses; insaisissable, sous bien des rapports, dans son essence et dans sa nature, et capable, certes, d'embarrasser l'aliéniste le plus instruit et le plus expérimenté ! Quelle est l'évolution et la marche des altérations et des maladies cutanées dans l'aliénation mentale ?

Les auteurs, en général, ont peu approfondi cette question, et ne sont point non plus d'accord à son sujet. — « Quelquefois, dit Esquirol, la folie paraît tellement dépen-

dante du développement du vice psorique, qu'elle se reproduit en même temps que les dartres se manifestent..... Si les dartres marchent de compagnie avec cette maladie, nul doute qu'elles ne la jugent quelquefois. »

Guislain dit avoir vu la folie disparaître, grâce à la naissance d'une éruption dartreuse.

D'autre part, l'éminent aliéniste belge avance que le vice dartreux est, plus souvent qu'on ne le pense, la cause d'une aliénation symptomatique. D'autres auteurs ont attribué la production de la folie à la suppression des manifestations herpétiques.

Marcé ne croit que médiocrement à la répercussion des dartres sur la production de l'aliénation mentale.

Quelques-uns de nos collègues, auxquels nous avons écrit pour leur demander leur opinion touchant le sujet qui nous occupe, nous ont répondu qu'ils pensaient que, dans bien des cas, les affections de la peau, chez les aliénés, ne se développaient que consécutivement à la maladie du système nerveux.

M. Billod n'admet pas que l'érythème, dans la pellagre propre aux aliénés, soit antérieur à la folie.

— « Dans certaines formes de pellagre, dit de son côté M. le docteur Auzouy, il y a développement secondaire de l'érythème succédant constamment à l'aliénation mentale. »

— « La folie, écrit Brierre de Boismont, complique fréquemment la pellagre ; le plus ordinairement, la folie ne se montre qu'après l'apparition de la pellagre ; mais l'observation prouve qu'elle peut aussi se manifester avant cette maladie. »

— « Dans les Pyrénées-Orientales, dit d'autre part M. le professeur Courty (au sujet d'une certaine variété de pellagre), rarement les phénomènes cérébraux ont précédé les symptômes cutanés ; mais ils les ont suivis de près. »

Ainsi donc, comme nous le voyons par ce résumé, les

auteurs et les médecins aliénistes ont, entre eux, des divergences manifestes dans les opinions qu'ils émettent au sujet de l'évolution et de la marche des altérations et des affections cutanées dans l'aliénation mentale.

Les uns admettent que la folie précède les manifestations herpétiques ; les autres veulent que le délire soit devancé par les accidents du côté de la peau.

Pour nous, d'après notre propre observation, nous avons la ferme croyance que les affections du système cutané, chez les aliénés, n'apparaissent, en thèse générale, qu'après l'existence des lésions du système nerveux.

Nous n'acceptons pas volontiers l'opinion des auteurs qui placent le rôle de l'aliénation mentale au deuxième rang, sous le prétexte qu'ils n'ont vu ses manifestations qu'après l'apparition des troubles du côté de la peau.

Peut-être l'observation n'a-t-elle pas été suffisante ?

On peut errer facilement sur les premiers symptômes de la folie ! Les manifestations cérébrales ne peuvent-elles encore être cachées aux yeux de l'observateur; et l'état mental ne peut-il point exister à l'état latent, si nous pouvons ainsi parler, et se manifester tout d'abord d'une autre manière que par le délire? — Qui oserait avancer qu'il y a une régularité mathématique dans l'apparition et le développement des manifestations des maladies par rapport les unes aux autres ? — Lorsque les altérations cutanées naissent, chez les fous, souvent elles s'annoncent par de simples démangeaisons et de la cuisson ; signes qui seraient le phénomène primitif, et les accidents cutanés le phénomène secondaire, s'ils viennent à se déclarer. Ces démangeaisons peuvent acquérir un degré très-élevé d'intensité (même les aliénés les moins doués de sensibilité font constater ce fait par leurs grattages incessants, et par les écorchures nombreuses et profondes qu'ils se font constamment), et produisent des élancements douloureux, de l'insomnie, ainsi qu'un mouvement fébrile.

Ces manifestations morbides de la peau naissent par des lésions multiples et variées, comme nous l'avons déjà dit, et se montrent généralement après la maladie mentale, bien que pouvant aussi apparaître les premières.

Parfois, elles font une apparition brusque, comme dans les accès aigus d'aliénation, par exemple. Chez les malades chroniques, au contraire, elles débutent souvent d'une façon peu franche, insidieuse en quelque sorte ; accomplissent lentement leur évolution, et n'ont rien de bien régulier dans leur marche, jusqu'au jour où elles ont été disciplinées, pour ainsi dire, par la maladie du système nerveux. Toutes ces altérations présentent une uniformité assez facile à apercevoir dans leur nature et dans leur conformation relativement aux différentes variétés d'affections mentales; pour chacune desquelles elles offrent un mode assez régulier d'évolution, de marche, d'exacerbation ou de décroissance, et de terminaison.

Il est assez rare qu'elles s'accompagnent d'accidents généraux; parfois cependant, elles occasionnent quelques troubles du côté des voies digestives, et ont aussi quelquefois un retentissement marqué sur les muqueuses. Quelques aliénés, parmi ceux qui sont atteints, ont souvent un appétit très-développé; surtout ceux qui sont frappés de maladies à formes squameuses, probablement à cause des pertes incessantes qu'ils font continuellement. Il n'est pas ordinaire que les manifestations herpétiques restent, après leur apparition, circonscrites dans un seul point du corps de l'aliéné affecté; elles ont toujours une certaine tendance à envahir plusieurs régions à la fois, et peuvent aussi présenter plusieurs aspects. Des variétés différentes s'associent, se mélangent et se transforment les unes dans les autres. Au premier abord, il ne faut donc pas accorder trop d'importance aux lésions primitives qui frappent le regard; et, à cause des transformations ultérieures, il ne faut pas non plus trop s'avancer, et il importe de réserver le diagnostic,

souvent difficile. Combien de fois nous est-il arrivé de diagnostiquer telle maladie qui, quelques jours après, avait un aspect tout autre que l'apparence primitive ? Il n'est pas rare, en effet, de voir, dans le cours d'une même maladie cutanée, et chez le même aliéné, la forme de l'affection changer, et passer d'une variété à une autre avec la plus grande facilité.

D'après nos observations, nous sommes convaincu que les altérations de la peau, chez les fous, suivent, en général, les phases de l'aliénation mentale. Elles en accompagnent l'évolution, la marche et la terminaison, et suivent aussi les mêmes périodes. Nous avons remarqué que l'affection cutanée est sujette, absolument comme la folie elle-même, à des périodes d'état, à des rémittences et à des exacerbations. Ces manifestations arrivent par accès périodiques, par poussées successives, qui se déclarent généralement après la naissance de l'aliénation mentale ; et croissent, se maintiennent, diminuent ou disparaissent avec l'affection cérébrale primordiale. L'évolution et les périodes diverses de ces altérations et de ces anomalies coïncident, le plus souvent, avec une exacerbation d'agitation maniaque, et apparaissent, en général, de nouveau, aussitôt qu'il y a rechute de la maladie mentale. Dans les formes de folie chronique, les manifestations herpétiques ont une ténacité incroyable, qui déroute la thérapeutique la plus appropriée. Dans les cas curables d'aliénation, elles guérissent ; chez les aliénés incurables, il est toujours très-difficile, en général, pour ne pas dire impossible, de faire disparaître complétement ces états morbides du système cutané.

Nous ne pouvons pas dire que l'affection de la peau venant avant, pendant ou après l'accès de folie, guérit cette dernière maladie, ou en empêche la guérison; ce n'est plus là, à proprement parler, le mode d'action substitutive d'une maladie intercurrente venant s'enter sur une phrénopathie;

il y a plutôt une communauté de souffrance entre deux parties, dont l'une doit être affectée primitivement.

Pour nous, ce sont deux maladies qui sont, en quelque sorte, enchaînées l'une à l'autre ; et dont l'une, la maladie de la peau, subit, dans son évolution et dans sa marche, les conditions imposées par l'évolution et la marche de l'autre. Par l'observation, on peut parvenir à donner à chaque forme d'aliénation mentale, une forme correspondante d'altération ou de maladie de la peau. Ce n'est point une loi absolue que nous voulons formuler ; mais nous avons déjà fait assez souvent cette remarque, que dans telle variété de vésanie on trouvait plus volontiers la forme herpétique, furonculeuse, anthracoïde ou pemphigoïde ; que dans telle autre dominaient plus manifestement les types eczéma, lichen ou psoriasis. Nous pouvons donc avancer que la nature et la marche des altérations cutanées, chez les aliénés, peuvent, au besoin, servir de point de repère pour le diagnostic et le pronostic de l'affection mentale.

Nous sommes le premier, croyons-nous, à émettre cette opinion, qui n'a pris naissance dans notre esprit qu'à la suite d'une attentive et consciencieuse observation. Bien souvent, en effet, nous avons assisté avec curiosité et intérêt à la marche que prennent les différentes altérations de la peau dans l'aliénation. Si vous voyez la teinte foncée, ou l'aspect terreux du tégument externe s'éclaircir peu à peu et revenir à la couleur normale, c'est, en général, un bon signe. Mais si la peau conserve une des teintes caractéristiques ou les anomalies inhérentes aux différentes variétés de la folie (altérations que nous avons décrites au commencement de ce travail), bien que le malade ait recouvré une santé physique satisfaisante; et si vous avez aussi des doutes sur le pronostic de la maladie, vous pouvez vous éclairer utilement par le symptôme tiré de l'apparence anormale, mauvaise du système cutané, attendez avant d'émettre une opinion favorable. Dans un accès aigu d'alié-

nation, si vous voyez les altérations de la peau débuter brusquement, et revêtir l'aspect du furoncle, de l'herpès, de l'acné, de l'ecthyma ou du pemphigus ; si le teint s'éclaircit, et que l'enveloppe cutanée reprenne sa souplesse et sa moiteur, ayez un bon espoir de guérison, quand même l'accès se prolongerait plus longtemps que vous ne l'auriez supposé tout d'abord. Au contraire, pendant une période aiguë, si la peau reste rugueuse, sèche et n'offre aucune apparence de boutons ; si les cheveux sont secs, rudes et comme hérissés ; si les manifestations herpétiques mettent un temps assez long à se montrer, et paraissent sous la forme de psoriasis, de lichen, d'eczéma fendillé ou de pityriasis capitis, toutes altérations en un mot qui portent en elles le cachet de la chronicité, vous pouvez avancer à peu près sûrement que la maladie mentale elle-même revêtira ces derniers caractères. Chez les aliénés chroniques, le mal sommeille toujours, quand même la maladie est dans une période de rémission aussi complète que possible ; chez ceux qui n'ont encore eu qu'un accès, une rechute est à craindre.

Aussi pouvons-nous, jusqu'à un certain point, être prévenus de ces phénomènes pathologiques par l'apparition de ces divers accidents cutanés ; signe qui n'est souvent que le prélude d'une explosion plus ou moins prochaine d'un nouvel accès. Si la maladie mentale ne guérit pas, l'affection cutanée, en bon satellite, suit la même marche, passe à l'état chronique, et il est bien difficile de la faire disparaître. Dans certains cas, lorsqu'on voit guérir les manifestations cutanées, on peut croire à la guérison prochaine de l'aliénation mentale.

Les saisons ont une influence manifeste sur l'évolution et la marche des affections cutanées, chez les aliénés, de même que chez les personnes saines d'esprit. C'est surtout au printemps et pendant l'été qu'elles apparaissent en plus grand nombre, et que les récidives et les recrudescences de-

viennent plus marquées et s'accentuent davantage. A cette époque, en effet, il est d'observation que la peau fonctionne plus que pendant les saisons froides, et se trouve, par cela même, dans des conditions favorables à être affectée d'inflammations ou d'autres altérations, surtout chez les individus prédisposés aux maladies cutanées. Dans les asiles, on a exagéré, selon nous, l'importance de l'influence des saisons sur la production des affectionsde la peau. Pendant l'hiver, ces différentes altérations cutanées existent en moins grande quantité, chez les fous ; et c'est au commencement de cette saison qu'elles s'atténuent et que le traitement a, chez elles, son efficacité la plus évidente.

La menstruation a-t-elle une action marquée sur la marche des affections de la peau, chez les femmes aliénées ? — « Il existe, dit le docteur Danlos, une sympathie manifeste entre l'appareil utéro-ovarien et le système tégumentaire. Cette sympathie se traduit soit par des éruptions dont le début coïncide avec les époques menstruelles, ou avec le développement de troubles utérins; soit par la disparition d'un état morbide de la peau, lorsque s'établit la puberté, ou que cessent des accidents dysménorrhéiques (1). »

Nous croyons aussi qu'il peut y avoir une certaine corrélation entre ces deux états; mais il est assez difficile de la saisir et de la préciser. Le plus souvent, les renseignements fournis par les malades, ou les personnes chargées de les surveiller, sont nuls, incomplets ou erronés; et puis, dans l'aliénation plus que dans n'importe quelle maladie, il est bien rare qu'il n'y ait pas quelque trouble du côté du flux menstruel. La ménopause surtout, d'après quelques auteurs, aurait une influence manifeste sur l'évolution et la marche des altérations du tégument externe. La peau servirait alors d'organe excréteur supplémentaire. La ré-

(1) Dr H. Danlos ; *Etude sur la menstruation au point de vue de son influence sur les maladies cutanées*. 1874.

gularité ou l'irrégularité de la menstruation peut peut-être apporter une modification du côté des accidents cutanés, mais probablement peu sérieuse. Souvent les règles manquent, et les manifestations herpétiques existent; les règles coulent, et les accidents du côté de la peau persistent encore longtemps après leur apparition.

Au moment des époques, chez les aliénées, le prurit et le grattage deviennent plus intenses, et les altérations cutanées peuvent revêtir une acuité plus grande. On constate souvent, à ce moment, une période d'excitation. Nous ferons remarquer aussi qu'à une nouvelle poussée de manifestations du côté de la peau, peut correspondre une exacerbation d'agitation maniaque. Quoi qu'il en soit, ces deux états ayant des corrélations étroites avec le système nerveux, et étant probablement sous sa dépendance, il nous est difficile de définir le rôle précis dévolu à chacun d'eux vis-à-vis l'un de l'autre. En somme, la question de l'influence de la menstruation sur les affections de la peau est loin encore d'être résolue.

Les milieux, l'hygiène, les habitations et l'alimentation ont une action marquée sur l'évolution et la marche des altérations du tégument externe, chez les aliénés. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Nous avons déjà dit que si la maladie mentale ne guérit pas, l'affection cutanée passe elle-même à l'état chronique. Cette dernière peut aider, dans certains cas, à abréger la vie, par suite de l'épuisement qu'elle produit; surtout dans certaines altérations à forme squameuse, à cause des pertes épidermiques incessantes. A la longue, le travail morbide retentit sur les éléments constitutifs de la peau, et doit également imprimer une modification à l'élément nerveux. Les extrémités terminales des fibres sensitives, le corps papillaire et aussi les corpuscules de Meissner et de Pacini sont probablement victimes de cet état pathologique

mystérieux, et doivent finir par être altérés plus ou moins profondément dans leur organisation et dans leurs fonctions. « Les nerfs, dit le docteur Rendu, sont lésés dans les maladies cutanées, soit au niveau de leur extrémité périphérique, soit dans le voisinage. La chose peut être probable, mais n'est pas démontrée. L'anatomie normale et pathologique ne nous a, jusqu'à présent, révélé aucune des modifications qui se produisent dans les appareils sensitifs de la peau et des muqueuses. Nous ignorons complétement s'il existe ou non des altérations des corpuscules de Meissner (1). »

Quant aux lésions des centres nerveux, d'après quelques auteurs, on aurait trouvé un ramollissement plus ou moins diffluent de la moelle, ainsi que diverses altérations des membranes du cerveau.

M. le Dr Billod, dans la pellagre propre aux aliénés, a trouvé un ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière.

M. le professeur Lancereaux nous a dit aussi, à nous même que, chez une malade morte dans son service, et qui avait présenté des manifestations cutanées en même temps que des accidents psychiques, il avait rencontré, à l'autopsie, des lésions marquées de la moelle.

Nous pensons qu'il n'y a encore rien de bien précis et de bien conluant à l'égard de ces intéressantes questions ; et que les études, de ce côté, ne sont pas encore suffisantes.

Ces diverses lésions des centres nerveux existent aussi, en effet, dans des conditions différentes d'aliénation, en dehors de toute affection cutanée.

Nous avons la ferme espérance que plus tard, de ces données encore incertaines, la vérité ressortira en pleine lumière ; qu'un jour viendra, demain peut-être ! où nos

(1) Dr H. Rendu : *Des anesthésies spontanées*. Thèse d'agrégation. 1875.

moyens d'investigation et d'expérimentation seront assez puissants, et nos études physiologiques et anatomo-pathologiques poussées assez loin, pour pouvoir découvrir les secrets qui se dérobent encore à notre curiosité scientifique, si légitime, lorsqu'il s'agit d'apprendre à connaître les maux de nos semblables et de les soulager !

CHAPITRE IV.

ÉTIOLOGIE.

« — Pour nous, la cause essentielle de ces affections variées de la peau, chez les aliénés, réside dans la maladie mentale elle-même dont sont atteints ces malheureux malades. »

Beaucoup d'auteurs et de médecins d'asiles attribuent, comme causes, aux altérations du système cutané, chez les aliénés, la misère, une mauvaise hygiène et une alimentation défectueuse et insuffisante. Mais alors, ces affections et ces anomalies variées et multiples ne se rencontreraient que chez les aliénés pauvres ?

Or, notre observation de chaque jour vient donner un démenti à cette opinion. Nous avons vu ces accidents cutanés se produire aussi bien chez les aliénés riches que chez ceux plongés dans la misère ; chez les fous qui avaient une excellente alimentation et qui suivaient les principes d'une bonne hygiène, comme chez les individus qui n'avaient qu'une nourriture malsaine. Et puis, aussitôt que les conditions hygiéniques viennent à changer, comme il arrive, en général, lorsque les aliénés indigents sont internés dans les asiles, tous ces phénomènes morbides devraient aussi disparaître ? C'est ce qui n'a pas lieu, comme nous avons pu nous en convraincre nous-même. De plus, quand ces altérations de la peau se déclarent chez un aliéné interné depuis longtemps, on ne peut non plus invoquer ces mêmes causes, puisque, pour lui, elles n'exis-

tent pas, en général, dans nos asiles, où il doit être à l'abri de tout besoin.

Nous sommes loin de vouloir nier l'influence d'une bonne hygiène pour atténuer le développement et l'intensité de ces manifestations.

Les climats et les saisons ont une action assez marquée sur les affections cutanées, dans la folie. — « Tous les agents météorologiques, dit le docteur Maurice Binet, constituent un ensemble dont on ne peut nier la puissance (1). » Mais n'est-ce pas plutôt sur la marche que sur la naissance même de ces états morbides, que se font sentir cette action et cette puissance ?

Quant à l'âge, nous accordons à cette cause une part d'influence sur la production de ces altérations, en ce sens que plus les aliénés sont âgés, moins, en général, il y a pour eux de chances de guérison; et alors, plus aussi il y a de probabilités pour voir évoluer et persister les manifestations herpétiques qui, pour nous, comme nous l'avons déjà dit, suivent ordinairement la marche de l'aliénation.

Parlerons-nous de l'hérédité? peut-être joue-t-elle là un grand rôle ; mais il est bien difficile de préciser quelle part elle peut avoir dans l'étiologie de ces altérations, vu la difficulté d'avoir des renseignements véridiques et convenables; et aussi, si nous songeons à la théorie du transformisme, dans les maladies, bien difficile à suivre dans ses détours mystérieux.

Pouvons-nous dire que telle variété de folie est, plutôt que telle autre, une cause de production de ces phénomènes pathologiques? La mélancolie, avancent quelques auteurs, prédisposerait davantage le système cutané aux atteintes de cet état cachectique. Nous avons vu les mani-

(1) Dr Maurice Binet ; *Influence des conditions météorologiques sur les aliénés*. — Thèse de doctorat, Paris, 1873.

festations herpétiques se produire indistinctement, à peu près, dans tous les genres d'aliénation. Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons déjà mentionné, ce sont, en général, les aliénés les plus débilités au moral et au physique qui sont les plus exposés et les plus frappés ; ceux chez lesquels la sensibilité physique est très-émoussée, et souvent complétement obtuse; dont la nutrition est imparfaite et languissante, et chez lesquels les forces épuisées n'ont plus la puissance de réaction nécessaire pour résister aux étreintes de la maladie mentale qui les accable.

Relativement à l'influence du sexe, nous sommes porté à croire que les femmes sont plus exposées que les hommes à subir les atteintes de ces affections. Nous invoquerions comme causes de cette différence, leur prédisposition au lymphatisme, leur vie plus sédentaire et moins active, et aussi l'influence de la menstruation, de la grossesse et de la ménopause. Nous n'avons pas pu établir encore une statistique bien précise, ni bien rigoureuse à cet égard; seulement nous avons remarqué cette différence. Et, sur un relevé, aussi exact que possible, que nous avons fait au moment où nous écrivions ces lignes, de tous les malades des deux sexes atteints d'affections cutanées, nous avons trouvé à peu près un tiers de cas en plus chez les femmes, à nombre égal, que chez les hommes.

Mais au-dessus de ces influences pathogéniques que nous venons d'énumérer, il est, pour nous, une cause essentielle, primordiale de toutes ces affections de la peau qui se manifestent chez les aliénés : c'est la maladie mentale elle-même dont sont atteints ces malheureux malades. Pourquoi, en effet, le système cutané ne subirait-il pas, dans la folie, une altération générale? Les affections du système nerveux ne produisent-elles pas les troubles les plus variés de la nutrition? Cette opinion n'est que l'idée émise par de nombreux auteurs. Nous citons textuellement :

— « Des actions qui ont lieu dans le système nerveux

peuvent accélérer, activer et affaiblir la marche de la nutrition (1). »

« Nous sommes conduit à montrer que les perturbations de nutrition doivent être envisagées comme relevant de quelque perturbation dans l'action du système nerveux. Plus la physiologie apporte de lumière dans l'interprétation des phénomènes morbides, plus elle nous montre l'organisme régi par les nerfs (2). »

« La physiologie, la pathologie démontrent, par des milliers d'observations et d'expérimentations, que le système nerveux exerce une action non douteuse sur les phénomènes de nutrition. Cette action peut être directe ou indirecte..... L'influence morbide du système nerveux peut s'exercer sur la peau et ses annexes de plusieurs façons. Ce qui domine, c'est d'abord une variété d'érythème très-analogue à l'érythème pernion ; puis, surtout des affections vésiculeuses, une déformation des ongles, des troubles variés dans la production des poils et dans la sécrétion de la sueur (3). »

« Les maladies qui affectent certain système peuvent, par sympathie, avoir un retentissement sur la peau. Malheureusement, nous avons très-rarement l'occasion de constater la liaison réelle qui existe entre la maladie interne et les lésions cutanées qu'on lui attribue. Les maladies du système nerveux peuvent être considérées comme les causes de certaines dermatoses, bien qu'à cet égard nous n'ayons pas encore de données certaines; on peut tout au plus considérer les affections de la peau comme les effets d'une innervation pervertie. Nous ne devons pas oublier que les

(1) Muller, *Physiologie*.

(2) Dr G. Dieulafoy ; *Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux*. Thèse d'agrégation, 1875.

(3) Dr Mougeot ; *Troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs*. Paris, 1867.

maladies mentales ont le pouvoir de produire certaines maladies cutanées (1). »

« On peut dire que la peau peut devenir le siége de troubles trophiques variés consécutivement aux lésions de la moelle épinière et du cerveau..... Il est d'autres troubles trophiques de la peau dont l'existence peut être rattachée à l'influence d'une lésion encéphalique. C'est un fait qui, je l'espère du moins, sera bientôt mis hors de doute (2). »

« Il n'en reste pas moins acquis que des troubles variés de la nutrition de la peau sont provoqués par la folie (3). »

Nous le répétons, les affections de la peau, chez les fous, sont dues, pour nous, à l'aliénation mentale. Si les fonctions s'accomplissent mal, chez les aliénés; si des perturbations plus ou moins variées et profondes s'opèrent, chez eux, dans les actes de la nutrition ; à quoi faut-il l'attribuer ? si non aux troubles du sytème nerveux, qui doit nécessairement cesser d'influencer normalement les différents éléments de l'économie et leur imprimer, à la longue, l'impuissance de vivre. Quoi d'étonnant alors, qu'il puisse exister un défaut de fonctionnement de la peau, lorsque l'organisme tout entier est profondément atteint ? — Comment expliquer la naissance de ces troubles trophiques fréquents et variés, qui apparaissent à la suite des maladies des centres nerveux, et qui ont tous ce cachet spécifique et cet air de famille que l'on rencontre dans les désordres de nutrition ? D'où viennent ces zona, ces herpès et ces pemphigus ; ces eschares et ces phlyctènes, dont s'émaille le système cutané pendant certaines affections du cerveau et de la moelle? Pouvons-nous sérieusement interpréter la cause de ces altérations par une affection cutanée locale seule ? L'esprit est bien plus satisfait, il nous semble, d'admettre

(1) Hébra ; *Maladies de la peau.*
(2) Charcot ; *Leçon sur les maladies du système nerveux.*
(3) Dr Gailleton ; *Des maladies de la peau.* 1874.

que, derrière ces manifestations cutanées diverses, il se cache une même et unique cause morbifique, élément commun de leur origine.

Il est tout naturel que le trouble de l'innervation, qui manifeste son action de toutes les façons, retentisse sur le système cutané si riche en nerfs; et que celui-ci acquière une réelle aptitude à s'altérer dans l'aliénation mentale, expression la plus élevée des souffrances des centres nerveux! Les lésions multiples de la peau, chez les aliénés, ne sont donc, pour nous, qu'une manifestation extérieure d'un état pathologique dont le point de départ réside dans l'appareil d'innervation; qu'une expression symptomatique, résultat de l'action plus ou moins accentuée ou prolongée de la folie; et l'existence antérieure de dérangements système nerveux semble être la condition *sine qua non*, nécessaire à la production de ces nombreuses altérations cutanées. Le mode intime de naissance de ces affections est encore à peu près complétement ignoré.

« Les causes de ces affections éruptives, dit Kuss, sont très-obscures. » — Le prurigo et le fourmillement seraient dus, d'après l'illustre et regretté professeur de Strasbourg, à une atrophie des centres nerveux, probablement de la moelle. « Jusqu'à nouvel ordre, écrit le docteur Mougeot, c'est encore par l'intermédiaire des vaso-moteurs que le système nerveux me paraît avoir l'influence la plus prononcée sur la nutrition (1). » Les troubles trophiques sont le résultat d'un processus aigu irritatif, reconnaissant pour cause, d'après Brown-Séquard, une exagération d'action du système nerveux. M. Weir Mittchell regarde l'influence trophique des centres nerveux comme s'exerçant sur tous les tissus, par conséquent sur la peau, par les fibres sensitives, ou sensitivo-motrices, ou motrices.

Ces affections, pour M. le professeur Charcot, résulte-

(1) M. Mougeot, ouvrage cité.

raient le plus souvent de l'irritation que subissent, dans certaines conditions, soit les nerfs périphériques, soit les centres nerveux eux-mêmes.

D'après Vulpian, cité par le docteur Dieulafoy, pour ce qui est des altérations de la peau, l'expérimentation ne nous est presque d'aucun secours; car, il est très-difficile de reproduire chez les animaux ce que l'on observe chez l'homme, à la suite de lésions du système nerveux central ou périphérique.

Par le fait, nos connaissances, à cet égard, sont encore insuffisantes; et la question en litige attend une solution plus complète !

CHAPITRE V.

Traitement (1).

Dans les affections de la peau, nous avons à considérer les altérations locales, leur nature et leur espèce, et la situation générale du malade. Chez les aliénés, il faut de plus s'occuper de la forme du délire.

Dans le traitement à instituer, nous devons donc nous adresser à des moyens locaux et à des moyens généraux. Pour combattre les accidents locaux, on a préconisé une foule énorme de remèdes externes et internes; ce qui, entre parenthèses, prouve la ténacité des maladies de la peau, et la pauvreté de nos moyens réels de guérison de ces affections.

Nous allons rapidement passer en revue les principaux topiques et médicaments que nous avons donnés nous-même, ou que nous avons vu employer, dans les asiles,

(1) Pour quelques principes généraux et certains modes de traitement, nous nous sommes guidé sur les écrits de quelques dermatologistes, notamment de MM. les docteurs Guibout et Gailleton.

pour le traitement des altérations du système cutané. Tous les aliénés, en général, ont un besoin constant et journalier de soins de propreté. Ceux atteints de maladies de la peau étant très-portés à se gratter, se déchirent l'épiderme, et se mettent souvent le derme au vif; de là des souffrances, quelquefois atroces, qui les engagent instinctivement à chercher à se soulager par tous les moyens. Pour arriver à ce résultat, on les voit mettre sur leur mal, et sur les plaies qu'ils se font eux-mêmes, toutes espèces de corps étrangers, et toutes sortes d'ingrédients, qui ne font qu'augmenter les démangeaisons, les douleurs et les grattages, et qui, à la longue, irritent encore et enveniment la maladie primitive. Pour lutter contre cet état de choses, le médecin d'asiles doit faire un usage très-fréquent des bains pour les malheureux malades confiés à ses soins. On doit préférer, en général, les bains émollients, de son et d'amidon, ainsi que les bains gélatineux et aromatiques, si on peut donner de ces derniers dans les asiles. Nous trouvons qu'on est trop prodigue des bains alcalins dans les affections cutanées. Pourquoi appliquer sur un organe en général irrité, une autre cause d'irritation? Passe encore d'employer ces bains dans les affections essentiellement et uniquement squameuses non exsudatives. Par le fait, le bain simple et le savon ordinaire ne reviennent-ils pas au même? Nous pourrions peut-être en dire autant des bains sulfureux, et des préparations au soufre en général, dont on abuse, à notre avis, et qu'on devrait employer avec beaucoup plus de circonspection.

Les cataplasmes rendent de très-grands services, dans les maladies de la peau. Ce sont des auxiliaires excessivement utiles. Seulement, il faut avoir le soin de les renouveler très-souvent, pour éviter aux manifestations cutanées les inconvénients produits par les cataplasmes vieux, secs et altérés. Malheureusement, il n'est pas toujours facile d'appliquer un cataplasme, et de le faire garder en place,

chez les aliénés. Quelques médecins préfèrent les cataplasmes de fécule, à ceux faits avec la farine de graine de lin. Ils s'altèrent peut-être moins vite, en effet, ne salissent pas autant, et mettent plus de temps à se dessécher. On prépare actuellement des cataplasmes avec le fucus crispus, dont on retire de très-bons effets. Nous ne parlons qu'en passant des cataplasmes avec les feuilles de mauve, qui ne sont employés, à notre sens, que dans un but exagéré d'économie. Pour que l'effet des cataplasmes soit tout à fait appréciable, il faut en continuer l'usage aussi longtemps qu'il reste un point de l'affection cutanée qui ne soit pas guéri complétement.

Nous avons employé avec assez de succès la pommade au calomel. Mais c'est surtout dans les manifestations furonculeuses et anthracoïdes, ainsi que dans les affections herpétiques mises au vif par les grattages que ce médicament nous a rendu des services. Les liniments et les onctions huileuses sont d'une grande utilité, chez des individus dont la peau n'est pas souple et ne se plie que difficilement à tous les mouvements. Le collodion, surtout le collodion ricíné, est d'un grand secours dans les affections cutanées, chez les aliénés, principalement chez ceux auxquels il est impossible de faire garder un pansement. Ce topique se prête à la configuration des parties, adhère aux tissus, produit une sensation passagère de bien-être, et supprime le contact de l'air et des corps extérieurs. Son action joue un rôle capital dans le traitement de certaines altérations de la peau, telles, par exemple, que les érosions, l'eczéma fendillé, les fissures et les crevasses.

Cependant nous ne sommes pas partisan d'employer le collodion sur de vastes surfaces, surtout lorsqu'elles sont enflammées; en effet, il comprime les parties qu'il recouvre, et supprime la perspiration cutanée, ce qui peut amener de graves désordres dans l'économie. De plus, l'irritation qu'il produit par son adhérence est une cause de

gêne, de fatigue et de souffrance et peut aggraver quelquefois la maladie plutôt que la guérir. Dans l'érysipèle, par exemple, nous préférons employer les émollients.

Les pansements par occlusion sont d'une efficacité manifeste ; mais à la condition, en général, que les aliénés gardent le lit et ne puissent y porter les mains.

Les lotions avec la liqueur de Van Swieten, les lotions alcalines et d'eau blanche, celles à l'alcool et à l'eau phéniquée, donnent de bons effets quant à la propreté, à l'hygiène, et à l'amélioration des accidents cutanés ; mais nous ne pouvons pas affirmer un résultat concluant au point de vue curatif. M. le directeur de l'asile de Toulouse a expérimenté, pendant que nous étions avec lui, les calottes en caoutchouc vulcanisé, dans les affections herpétiques du cuir chevelu et des oreilles. Nous n'avons pas beaucoup d'enthousiasme pour ce mode de pansement. En effet, si la maladie est comme protégée par un cataplasme permanent ; si la peau macère comme dans un bain continu, ce qui n'est pas toujours avantageux dans tous les cas ; d'un autre côté, ces agents de protection sont des coiffures très-gênantes et très-fatigantes, même pour des personnes saines d'esprit ; et à plus forte raison pour les aliénés, auxquels il est extrêmement difficile de les faire garder. De plus, ces calottes produisent une trop grande chaleur, ainsi qu'une irritation manifeste, et empêchent, à la longue, la perspiration cutanée, ou tout au moins pervertissent cette fonction. Elles ont aussi l'inconvénient de s'altérer assez vite, surtout lorsqu'elles sont au pouvoir de malades qui sont loin d'en avoir soin.

Nous avons obtenu de très-bons effets de lotions au chlorate de potasse, que nous avions vu employer par le professeur Kuss dans les affections cutanées. Il est probable que le chlorate de potasse agit là par ses propriétés astringentes, irritantes et endothermiques ; en excitant et modifiant la circulation capillaire et les courants osmotiques. Il

exercerait là une action irritative et substitutive tout à la fois. Nous nous en sommes servi surtout dans l'ecthyma, et dans les altérations dont la marche prenait une mauvaise tournure.

Le chloral, en lotions, nous a donné aussi des résultats manifestes, que nous attribuons, en partie, à ses propriétés sédatives, antiseptiques et antiputrides. Il modère la douleur, coagule le sang fluide, et a, en même temps, une action stimulante et substitutive. Nous l'avons employé dans les affections chroniques, principalement dans les ormes eczémateuses et impétigineuses atoniques, qui ont besoin d'être stimulées, ou qui ont une odeur repoussante.

Chez les aliénés qui sont affectés d'altérations ou de maladies cutanées occupant une vaste étendue du tégument externe, le repos au lit peut être indiqué lorsqu'on veut faire agir une chaleur égale et la transpiration.

A l'intérieur, nous n'avons guère vu employer, dans les asiles, que le fer et l'arsenic. Nous nous en sommes servi nous-même. Nous croyons le fer très-utile dans certains états morbides cutanés; mais encore faut-il s'en servir avec mesure, ne pas le continuer indéfiniment, et ne l'employer, chez les aliénés, qu'avec certains ménagements. Ce ne doit être, pour nous, qu'un adjuvant de la médication générale. Dans les anémies de misère physique et morale, si nous pouvons nous exprimer ainsi, compliquées d'altérations de la peau, nous pensons que le fer est plus nuisible qu'il n'est utile.

Quant aux arsénicaux, nous avons foi en leur puissance; mais nous sommes persuadé aussi qu'on a exagéré leurs vertus, dans les maladies du système cutané. On sait que ce sont des modérateurs de la nutrition, et qu'ils impriment à l'organisme des modifications nutritives positives. Ils sont toniques et corroborants, et poussent à l'embonpoint. Ils rendent de réels services dans les manifestations herpéti-

ques à forme squameuse; parce que, selon les auteurs, ils s'éliminent, en partie, par la surface cutanée, et en modifient la vitalité. Il faut les employer à doses peu élevées, et pendant un temps très-long, pour en obtenir des effets visibles et constants. Il y a quelques indications spéciales à les donner, pour certaines affections de la peau. Ainsi, par exemple, s'il y a sécrétion trop abondante des principes de la sueur, comme dans l'hyperhidrosis, nous pensons, avec d'autres auteurs, que des dérivatifs puissants du côté du rein, de l'intestin ou du poumon pourront atténuer les effets de la maladie. Si, au contraire, la perspiration cutanée se fait mal, comme dans l'ichthyose, par exemple, il faut user de stimulants du côté de la peau et de sudorifiques.

Dans les maladies parasitaires, comme les teignes et la mentagre, qui se rencontrent assez fréquemment dans les asiles, le meilleur remède est l'épilation, accompagnée de lotions parasiticides avec l'huile de cade, au bichlorure de mercure, ou à l'acétate de cuivre.

Ce moyen n'est pas toujours facile à employer, chez les aliénés, et on est souvent forcé de l'abandonner. Nous l'avons mis en pratique une seule fois, chez un aliéné atteint de sycosis chronique remontant à plus de vingt ans. Nous avons réussi à faire convenablement l'épilation, mais nous n'avons pas obtenu une guérison complète, bien qu'il y ait eu une amélioration notable. Nous avons attribué ce manque de succès à la longue durée de l'affection cutanée, et à ce que nos lotions parasiticides étaient probablement à un degré trop faible.

Mais tous ces moyens de traitement des altérations de la peau, que nous venons d'indiquer, sont insuffisants, et ne peuvent faire atteindre le but que se propose le véritable médecin d'asiles, si on ne donne en même temps, aux aliénés atteints de ces affections, une saine et abondante alimentation; et si on ne les met pas dans des conditions

hygiéniques excellentes et spéciales. Nous l'avons déjà dit, l'organisme, chez les fous, subit une altération générale ; mais, la débilitation est encore plus grande chez les individus affectés de maladies du système cutané. Comment en serait-il autrement? En dehors de la maladie du système nerveux, qui imprime à toute l'économie un ébranlement désastreux et redoutable, il y a, dans l'altération de la peau elle-même, une cause de débilitation permanente, surtout dans les affections à forme squameuse, qui possèdent en elles un élément manifeste d'épuisement. Pendant lontemps, on a cru que l'épiderme était une membrane inerte et amorphe; il est au contraire, dit Kuss, doué d'une puissance vitale considérable, et doit être mis en première ligne parmi les tissus vivants. Nous en avons la preuve dans ce fait que les débris d'épiderme, qui tombent continuellement, se reforment avec une rapidité incroyable. Pour s'en assurer, il n'y a qu'à visiter les draps des lits dans lesquels couchent les malades atteints de pityriasis, d'ichthyose, de psoriasis, ou d'herpétide exfoliatrice ! Ces détritus épidermiques contiennent de l'albumine transformée ou kératine (Kuss), ainsi que du fer et du soufre. La déviation de tous ces éléments de force, qui se dirigent vers l'épiderme, est donc une perte réelle pour l'organisme; et une cause incessante d'épuisement pour les malheureux aliénés.

La sécrétion épidermique est déviée de son type normal (Dr Guibout); les glandes sudoripares ne fonctionnent plus convenablement, et leur sécrétion est abolie, en partie, ou pervertie.

Dans certaines affections cutanées, comme nous l'avons déjà dit, il y a sécrétion trop abondante des différents produits exhalés par la peau; et dans d'autres, ces produits ne peuvent faire irruption au jour.

Dans ce dernier cas, dans lequel la perspiration cutanée cesse souvent sur une grande étendue, tous ces secrets ne

trouvant pas d'issue, stationnent dans l'organisme, et cherchent à s'éliminer par une autre voie. De là un empoisonnement lent du sang, ainsi que des diarrhées, des œdèmes, des hydropisies, et autres affections mentionnées par les dermatologistes. Enfin, le derme lui-même, cessant d'être suffisamment protégé, est attaqué et altéré, et livré sans défense aux nombreux agents de l'extériorité. Avec l'épuisement, nous voyons donc aussi arriver tout un cortége d'états morbides qui viennent fondre sur l'organisme, déjà si malheureusement atteint, produisent sur lui un retentissement profond, et concourent à accélérer davantage la destruction et la mort de tous les éléments de vitalité qui existent encore chez les malheureux en proie à l'aliénation mentale!

Pour résister avec avantage à toutes ces causes de décrépitude et de mortalité, le médecin aliéniste doit donc réagir énergiquement, s'attaquer au système nerveux lui-même et s'adresser pour cela à l'hygiène sous toutes ses faces. Il est d'observation, que l'influence de l'aliénation mentale sur le développement d'un état cachectique peut être atténuée ou neutralisée quelquefois par certaines conditions hygiéniques.

Les acides minéraux et végétaux, surtout dans les extravasations sanguines ; les amers, les dépuratifs et les toniques ; les préparations ferrugineuses et de quinquina ainsi que l'huile de foie de morue, trouvent nécessairement leur indication dans les affections cutanées, chez les aliénés.

Ajoutons à ces excitants et à ces réparateurs le régime lacté, les alcalins, les viandes rôties, la chair crue, l'alcool et les vins généreux. Il faut, dans les asiles, donner une bonne nourriture, et la varier autant que possible. Cette dernière condition alimentaire n'est pas complétement remplie dans tous les établissements d'aliénés.

Les légumes de toutes espèces, surtout les légumes verts, doivent être largement distribués, et être donnés en même

temps que la viande, dont la ration devrait toujours être partagée en deux portions, une moitié pour le matin et l'autre pour le soir. Les aliénés sont plus contents et mangent beaucoup mieux. Les fruits bien mûrs, surtout la cerise et le raisin, sont une ressource précieuse dans les asiles. Ils font plaisir aux malades, et rompent la monotonie de l'alimentation ordinaire. Dans l'asile de la Charente, sous l'administration aussi paternelle qu'éclairée de notre premier maître en aliénation, M. le Dr P. Binet, nous avons vu donner, plusieurs fois, dans la même saison, une distribution complète de fraises à plus de deux cents aliénés. Avec l'éminent directeur que nous venons de nommer, nous ajouterons que sous aucun prétexte les fruits ne doivent être la base unique du repas, au moins pour le dîner et le souper. Le vin doit être donné aux aliénés en quantité aussi grande que le comporte le budget et le pays où se trouvent les établissements. Nous n'avons pas à nous appesantir sur ce précieux aliment, dont l'importance est si grande, et l'influence si marquée dans tous les états de débilitation. Pourquoi, dans chaque asile, n'avoir pas une cave spéciale pour les infirmeries ?

On doit empêcher les aliénés de rester exposés longtemps au froid et à l'humidité; et les travailleurs ne doivent pas sortir par les temps de pluie ou de neige. Ces réflexions s'appliquent également aux époques des chaleurs accablantes de l'été. — « J'évite ces accidents (dus à l'insolation), dit Aubanel, en éloignant du soleil ces sortes de malades. » Tous les directeurs devraient bien imiter cet exemple, et laisser reposer leurs travailleurs pendant les heures les plus chaudes des longues journées des mois de juillet et d'août. Depuis que nous sommes médecin adjoint, nous avons été souvent peiné de voir les malades aller au travail, aussi bien pendant l'été, d'une heure à cinq heures du soir, que pendant les autres saisons. Si la sensibilité est émoussée, chez les aliénés, leur organisme n'en souffre pas moins pour

cela, de ces dérogations aux lois de l'hygiène et de la plus simple charité!

Il faut aussi, de toutes manières, réveiller et stimuler les fonctions des organes; et en particulier celles de la peau, chez les aliénés atteints de maladies cutanées. Les bains de vapeur, les douches sous toutes les formes et de natures variées, ainsi que les affusions froides sont, sous ce rapport, les meilleurs excitants et les remèdes les plus efficaces qu'on puisse employer. Malheureusement, combien d'asiles encore qui ne possèdent pas d'établissement d'hydrothérapie? Nous ne parlons que pour mémoire de l'usage des eaux minérales, ainsi que des bains de mer. Quel bien ne pourrait-on pas retirer, au point de vue des guérisons physiques et mentales, du changement d'air, de climat et de régime, ainsi que des vertus bienfaisantes des eaux ?

Le jour se lèvera, nous en avons l'espérance, où l'autorité supérieure, toujours avide du bien, fera construire et aménager, dans des stations thermales désignées et sur certaines de nos plages, des établissements spéciaux, pour y envoyer les aliénés les plus débilités et affectés de maladies du système tégumentaire!

Autant que possible, on devrait éviter l'encombrement dans les asiles, et ne pas rassembler les malheureux fous en nombre trop considérable dans un même établissement. Ne serait-ce pas assez (et c'est peut-être même déjà trop!), pour un médecin aliéniste, d'avoir à s'occuper de 300 à 400 malades? — On bâtit un asile pour 150 à 200 aliénés, et on en met 250 à 300 ; pour 600, et on en entasse 800 et plus! Il serait bien à désirer, sous ce rapport, que chaque département eût son asile, et aussi que le département de la Seine pût se dispenser d'envoyer ses malades en province. En outre de la question d'humanité, ces derniers aliénés doivent forcément devenir, à la longue, une première cause d'encombrement, malgré les décès et les guérisons. De plus, comme le prix de journée

de la Seine est, en général, supérieur à celui des départements, c'est offrir des tentations aux nécessités et aux convoitises budgétaires, ennemies de l'hygiène et des aliénés. En dehors du travail ordinaire, les exercices de toutes espèces, ainsi que les sorties hors de l'établissement, devraient être un article du règlement dans les asiles. On devrait multiplier les gymnases et les promenades. Il y a probablement encore beaucoup d'asiles dans lesquels ces usages ne sont pas établis, ou ne peuvent l'être malheureusement!

Enfin, nous ferons une dernière remarque au point de vue du sujet qui nous occupe : c'est de toujours voir, dans l'aliéné, un malade, et par conséquent d'être toujours bon et humain à son égard, et de ne pas l'épuiser de travail et de fatigue. Nous laissons, à ce propos, la parole à un de nos maîtres en aliénation, M. Foville fils : « Bien que nous fassions une part très-large aux travaux des aliénés, nous sommes loin de penser que jamais le travail des malades puisse suffire à l'entretien des asiles. Beaucoup de malades sont, il est vrai, susceptibles de s'occuper ; mais leur travail ne doit être ni violent, ni prolongé. Très-peu d'entre eux pourraient fournir une dose d'efforts égale à celle d'un ouvrier sain et valide, et le pourraient-ils, qu'on ne devrait jamais la leur demander.

» Le travail des aliénés doit, avant tout, être un bienfait pour leur santé; et, s'il est très-légitime qu'il soit aussi un bénéfice pour l'établissement, il ne doit jamais constituer sa principale ressource, ni devenir un objet de spéculation (1). »

Nous n'avons point encore une expérience bien longue dans les asiles ; mais, profondément ému de pitié au spectacle journalier des misères qui incombent aux malheureux

(1) Dr A Foville, fils; *Les aliénés*. Etude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables. 1870.

aliénés, qui ont tant besoin de soins de toutes espèces, et qu'on a trop de propension (nous le trouvons, du moins!) à ne pas considérer assez comme des malades ; nous songeons souvent, involontairement, à une phrase de Falret, pleine de charité, et qu'on trouve probablement exagérée : « Dans un asile d'aliénés, disait ce grand aliéniste et cet homme de bien, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin ! »

Nous sommes arrivé à la fin de notre travail, notre tâche est-elle terminée ? — Nous n'avons pas la prétention de le croire. Bien des côtés de notre sujet sont restés dans l'ombre; et nous reconnaissons, le premier, qu'il existe beaucoup de lacunes à combler dans l'ensemble de l'œuvre. Nous serons heureux, cependant, si dans les efforts que nous avons faits, nous avons pu contribuer à éclairer un des points importants et les moins étudiés encore de la pathologie mentale. C'est avec volonté et courage, dirons-nous en terminant, que nous nous proposons de continuer ce travail; malgré les difficultés sans nombre dont se hérisse à chaque pas l'étude du grand livre de la nature !

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE GÉRARD (LOUIS)

ACCUSÉ D'INCENDIE VOLONTAIRE D'UNE MAISON HABITÉE

(Imbécillité.—Ordonnance de non-lieu)

Par MM. les Drs SISTERAY et DELAPORTE
Médecins en chef de l'asile d'aliénés de Maréville.

Nous, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, médecins en chef de l'asile de Maréville, désignés par M. le juge d'instruction près le tribunal de Nancy à l'effet d'examiner le nommé Gérard Louis, vigneron à Jorxey (Vosges), avons prêté entre ses mains le serment prescrit par la loi;

Après quoi, ayant observé attentivement l'accusé, consulté les pièces du dossier et pris tous les renseignements que nous avons pu nous procurer, lorsqu'ils nous ont paru de nature à établir notre conviction, avons rédigé le présent rapport.

I. Exposé des faits.

Dans la matinée du 6 février 1874, vers 6 heures, le feu se déclarait dans la maison du nommé Gérard (Augustin), manœuvre, habitant la commune de Jorxey. Cette maison, contiguë à trois autres, était la demeure de l'inculpé, de son père et de sa belle-mère.

La voix publique attribua de suite cet incendie au fils

Gérard, qui fut arrêté le jour même sur les lieux du sinistre, et conduit à la chambre de sûreté de la gendarmerie de Dompaire, puis finalement, placé en observation à l'asile de Maréville, où il avait déjà été traité du 5 avril 1868 au 26 septembre suivant, alors qu'il n'avait encore que 18 ans.

II. Antécédents de l'inculpé.

Ainsi que nous venons de le dire, Gérard (Louis) avait été traité à Maréville pendant 5 mois et 21 jours; son état mental y avait été l'objet des constatations suivantes :

« Le nommé Gérard (Louis) est atteint d'aliénation mentale caractérisée par un délire général qui me paraît se enter sur une semi-imbécillité, doublée de tendances instinctives de mauvaise nature. Les convictions de délire semblent, pour l'instant, être en voie de résorption, et il est à espérer que la modification avantageuse sera durable de ce côté. Néanmoins, les phénomènes d'attention, de perception, de coordination des choses entre elles, de perversion de sensibilité sont encore très-saillants. Le susnommé a besoin d'être étudié très-attentivement, surtout sous le rapport de la dégénérescence primordiale qui a donné une large part au manque de jugement et à la prédominance instinctive.» (Certificat de 24 heures, signé : Bonnet.)

« Le nommé Gérard est atteint d'aliénation mentale caractérisée par un délire général qui, pour être actuellement dépourvu d'agitation, n'offre pas moins de la dissociation de pensées et de sentiments qui ne permet pas la coordination des éléments nécessaires au développement d'un jugement légèrement apte à le voir discerner les choses de la vie et à lui permettre une ligne de conduite pertinente; il est indifférent, apathique, sans souci du passé comme du présent. Nous ne pouvons encore formuler un pronosti dans un sens ou dans l'autre; mais quant à présent, ce malade ne saurait se décider par lui-même dans la vie exté-

rieure et il y a, à mon avis, opportunité de maintenue. » (Certificat de quinzaine, signé : Bonnet.)

« Le nommé Gérard (Louis) présente une amélioration notable dans sa situation. Ce garçon, d'une intelligence native assez peu développée pour qu'on puisse le ranger parmi les simples d'esprit, les semi-imbéciles, a vu ses tendances dépravées, ses instincts vagabonds considérablement modifiés par l'isolement à l'asile, par la régularité et la discipline qu'il y a rencontrées. Aussi on peut dire aujourd'hui qu'il y a une amélioration réelle dans son état. — Si, au dehors, il rencontre une direction qui supplée à l'initiative et à la spontanéité qui lui manquent, une tutelle et une surveillance actives en même temps que bienveillantes, il peut être rendu à la vie extérieure sans inconvénient; autrement, il retombera bien vite dans ses anciens errements et ne tardera guère à nous être ramené. » (Certificat de situation adressé au préfet des Vosges et signé : Bulard, intérimaire.)

Quelques jours après, Gérard rentrait dans sa famille. Nous ne connaissons pas la conduite que tint ce jeune homme à partir de ce moment, malgré les démarches que nous avons faites pour obtenir à ce sujet des renseignements précis et détaillés. Tout porte à croire qu'elle fut à peu près raisonnable pendant quelque temps, grâce au séjour qu'il venait de faire à Maréville et à la crainte qu'il devait éprouver d'y revenir.

Ce séjour avait dû, en effet, lui prouver la nécessité de mettre un frein à ses mauvais instincts, car il est fort probable qu'il aura écouté attentivement ce que les médecins de l'établissement disaient de lui, soit lorsqu'il était interrogé par eux, soit lorsqu'il était simplement l'objet de leurs conversations. Sachant ainsi que l'on trouvait chez lui une grande tendance à mal faire, il aura compris que pour recouvrer sa liberté, il était indispensable qu'il parût avoir modifié son mauvais caractère en le rendant plus doux et

plus malléable. Cette modification apparente aura probablement continué de se manifester après sa sortie, et c'est là ce qui nous fait dire que sa conduite aura été moins répréhensible qu'elle l'avait été avant son admission.

Vint la guerre de 1870 : Gérard partit comme garde mobile, prit part à une sortie de la garnison de Langres jusqu'à Vaucouleurs, assista à la bataille de la Bourgonce, où il fut blessé par un éclat d'obus au talon gauche, resta trois semaines en traitement à l'hôpital de St-Dié et enfin, après plusieurs étapes, rentra dans sa famille.

Tout se serait encore assez bien passé, au dire de Gérard, jusqu'au jour où son père fit entre ses enfants le partage de ses biens, en mai 1873; aucun désaccord sérieux ne paraît s'être élevé jusque-là entre les divers membres de la famille. Mais ce partage avait, paraît-il, fait des mécontents; car, tandis que la belle-mère de l'inculpé aurait réclamé une part plus importante que celle qui lui avait été attribuée, celui-ci prétendait qu'elle avait été trop avantageuse et aurait voulu la lui faire diminuer, ou même, plus probablement encore, éviter de payer sa part.

Cette rivalité d'intérêts amena de suite des discussions très-vives, pendant lesquelles Gérard se laissa aller à sa colère jusqu'à frapper une de ses sœurs et sa belle-mère ; son père lui-même aurait été en butte à ses mauvais traitements; c'est, du moins, ce qui semble résulter de quelques dépositions qui font partie du dossier.

Les choses en vinrent au point que la raison du fils Gérard fut de nouveau mise en doute et que l'autorité dut intervenir une seconde fois pour le faire mettre en observation à l'hôpital d'Epinal, d'où il s'échappa au bout de quelques jours pour revenir dans sa famille vers le 27 janvier 1874.

C'est peu de temps après qu'eut lieu le mariage de sa seconde sœur (le 3 février) et, trois jours plus tard, le fait qui lui est reproché.

III. Examen direct.

Gérard est entré pour la seconde fois à Maréville, le 1er mars 1874. Son aspect extérieur est celui de la santé ; taille élevée (1m 80), épaules larges, muscles bien développés, pieds et mains indiquant la force et l'aptitude à la marche ou au travail ; teint pâle, peau épaisse et chargée d'une abondance de liquide qui en supprime toute la transparence pour lui donner une certaine opacité ; quelques taches de rousseur ; joues pleines ; yeux gris petits, ternes, obliques et sans fixité (ce jeune homme les baisse dès qu'il s'aperçoit qu'on le regarde) ; paupières légèrement œdématiées, cheveux d'un châtain clair tendant vers le blond ; sourcils peu épais, formant une ligne droite et se rapprochant vers le nez, d'une couleur plus claire que les cheveux ; barbe encore plus claire et naissante ; nez un peu large à la base et épaté ; oreilles moyennes, mais mal faites et mal implantées ; front bas, couvert et mal dessiné ; deux cicatrices à la naissance des cheveux ; pommettes noyées dans la graisse ; bouche moyenne ; lèvres épaisses, l'inférieure plus que la supérieure ; mâchoire inférieure arrivant au niveau de la supérieure ; menton très-long dans le sens vertical ; cou très-large, enfin le tout surmonté d'une calotte crânienne en forme de pain de sucre, de petites dimensions et offrant dans son étroitesse un contraste frappant avec les dimensions de même nature que l'on observe dans la face.

Pour tout homme versé dans la connaissance des sciences naturelles, cet ensemble de signes extérieurs devait faire supposer immédiatement que l'inculpé n'a jamais été doué d'une grande intelligence et que les instincts ont absorbé pour la plus grande part le fonds destiné à rendre complète l'organisation de l'homme, c'est-à-dire au développement des qualités nobles de l'esprit.

L'inspection de la forme qu'affecte la voûte palatine vient ajouter à tous les symptômes extérieurs que nous venons

d'énumérer une nouvelle preuve de l'exactitude de notre diagnostic, car une observation assez longue nous fait depuis longtemps considérer ce signe comme ayant une valeur sérieuse. Chez Gérard, au lieu de constituer une surface à peu près plane venant reposer sur l'arcade dentaire en formant avec celle-ci un angle presque droit, cette voûte affecte une forme se rapprochant de l'ogive dans tous les sens, et la partie plane est réduite aux dimensions d'une pièce de un franc et même moins.

A toutes les questions que nous lui posons, Gérard répond avec calme et sang-froid ; cependant il nous est facile de voir qu'il a la préoccupation constante de nier qu'il soit effectivement l'auteur de l'incendie qu'on lui attribue. Nous avons, dans le but de nous en assurer, mêlé plusieurs fois cette question à d'autres de nature différente, cherchant à le faire se fourvoyer dans ses réponses. Jamais il n'a manqué de répondre avec un soin tout particulier à cette partie de notre conversation, oubliant assez souvent de répondre aux autres sujets que nous avions cependant présentés de manière à fixer son attention d'une manière plus spéciale. Cette préoccupation est si grande chez lui que, l'entretenant du premier incendie de sa maison, il ne tarde pas à s'embrouiller et à nous raconter des faits qui s'appliquent au second seulement.

Du reste, sa conduite à l'asile est très-convenable ; il s'occupe à des travaux d'intérieur dont il s'acquitte d'une façon très-satisfaisante; ses relations avec ses camarades sont celles d'un homme ordinaire de sa condition ; il est poli et réservé. En un mot, si ce n'étaient les raisons que nous avons de nous tenir sur nos gardes, nous ne voyons rien dans ses actes qui pût nous autoriser à le déclarer aliéné.

Son évasion du 28 juin dernier s'est accomplie très-normalement par un concours de circonstances qui prouve qu'il calcule ses actes et qu'il réfléchit assez bien aux meil-

leurs moyens de les exécuter, quand ils ne présentent pas de difficulté sérieuse et que rien ne l'excite trop fortement.

IV. Discussion.

La discussion de l'état mental que nous avons à rapporter ne saurait nous embarrasser sérieusement si l'on veut bien se rappeler les divers certificats délivrés par nos prédécesseurs, dont nous adoptons complétement la manière de voir.

Dépourvu d'une intelligence suffisante et privé des avantages d'une éducation convenable, Louis Gérard avait dû manifester dès son jeune âge une tendance assez grande aux actes de brusquerie que l'on retrouve si fréquemment chez certains enfants. Cette tendance n'aura pas probablement été réprimée avec assez de fermeté et, au lieu d'être modérée par l'autorité paternelle, elle aura été excitée par les réprimandes que lui auront faites des personnes qui ne possédaient pas un pouvoir suffisant sur cette nature difficile et rebelle.

Qui sait encore s'il n'y avait pas dans son cœur une hostilité sourde maladroitement entretenue par certains esprits imprudents qui se plaisent à semer la zizanie dans les familles où un second mariage a eu lieu ? Qui sait aussi si la belle-mère de l'inculpé a bien compris les difficultés de sa position et si elle a pu prendre sur lui l'ascendant moral qui lui était nécessaire? Nous n'en doutons que trop.

Ces fâcheuses dispositions se seront développées avec l'âge par suite du défaut des conditions qui auraient dû les améliorer, et, quand Gérard eut atteint sa 18e année, elle étaient assez marquées pour qu'il parût utile de le faire admettre à Maréville.

Quand on connaît comme nous les hésitations de l'autorité administrative et les retards qu'elle apporte, dans les petites localités surtout, à solliciter une pareille mesure,

c'est un indice grave que ce jeune homme avait donné des craintes sérieuses pour l'ordre public, la sécurité des personnes ou le respect des propriétés, peut-être même des bonnes mœurs.

Corrigé un instant, en apparence du moins, par un séjour de près de six mois à l'asile des aliénés, Gérard gardait probablement un peu de rancune de cette séquestration. S'il ne l'a pas trop vivement exprimé aux personnes qu'il supposait en être la cause, il est à croire qu'il était retenu par une certaine crainte provenant de la dépendance où le laissait sa minorité et par le souvenir encore récent de son séjour à Maréville. Cette réserve n'est nullement en contradiction avec les conclusions de notre rapport sur la force de ses instincts, et nous la trouvons fréquemment parmi nos malades; il en est même un assez grand nombre qui la poussent jusqu'au point de dissimuler avec un art extraordinaire.

Quand la guerre éclata, Gérard dut se rendre à Langres pour contribuer à la défense de cette place. Les agitations d'une vie nouvelle et les excitations qui se produisaient autour de lui, dont il pouvait même être directement et personnellement l'objet, durent contribuer à lui rendre une hardiesse qui l'avait abandonné depuis quelque temps. Il est encore probable qu'elle aura été accrue plus tard de toute la satisfaction que recevait son amour-propre lorsque, de retour dans ses foyers, il racontait les divers actes auxquels il avait pris sa petite part. Dès lors, il aura cherché à dominer dans sa famille avec d'autant plus d'espoir d'y réussir qu'il savait son père porté pour lui d'une bonté allant jusqu'à la faiblesse et que, de plus, le voyant infirme, il se sera cru appelé à devenir le chef actif et réel de la maison.

Quoi qu'en ait dit Gérard, l'harmonie ne doit pas avoir été sincère et complète entre ses parents et lui ; nous ne serions nullement étonnés que le partage de ses biens fait

par le père Gérard eut été en partie amené par les obsessions de son fils, qui voulait se rendre indépendant, satisfaire sa vanité et peut-être obtenir un autre résultat que ce partage lui paraissait devoir rendre plus facile.

Gérard (Louis) était, en effet, poussé par un autre mobile qu'il cachait avec assez de soin. Il aimait une jeune fille avec laquelle il désirait se marier, et probablement qu'il considérait comme un excellent préliminaire la liquidation exacte de son avoir patrimonial, attendu que la fortune de cette jeune fille est, paraît-il, très-convenable pour l'inculpé.

Sa vanité, son désir d'indépendance, la garantie de ses intérêts et la satisfaction de son amour se sont donc mis de la partie dans la poursuite du même but. Les menaces mêmes ne durent pas être épargnées et, comme ses forces physiques ainsi que son caractère irritable le faisaient redouter, il avait obtenu une partie du résultat désiré.

Cependant les conditions de ce partage ne répondirent pas à son attente, et il dut ressentir de cette déception une irritation d'autant plus vive que tous ses rêves pouvaient s'évanouir. Les avantages faits à sa belle-mère lui parurent exagérés et contribuèrent sans doute à rendre plus vive l'animosité qui existait déjà chez lui contre la seconde femme de son père. Dès lors les discussions s'envenimèrent et il est permis de supposer que son intention était de forcer cette femme à renoncer à des droits qu'il trouvait frustratoires, mais qui, de plus, allaient peut-être rendre impossibles les diverses satisfactions qu'il s'était promises.

Les démarches faites à l'occasion de sa seconde admission dans un asile durent redoubler encore cette animosité, car il est à croire qu'il les attribua en grande partie à ses parents et surtout à sa belle-mère. Le ton qu'il a pris en répondant à notre proposition de faire venir cette femme pour en avoir quelques renseignements, nous le fait du moins supposer et la manière dont il en parle dans les deux

lettres qui font partie du dossier ne nous permet pas d'illusion, quoiqu'il ne la désigne pas nominativement. Il nous en a, du reste, fait l'aveu.

Quand il revint chez lui après s'être évadé de l'hospice d'Epinal, il devait déjà couver un projet de vengeance qui n'avait pas encore pris une forme bien déterminée peut-être, mais que le mariage de sa sœur vint probablement décider par les conditions fâcheuses où ce jeune homme se trouva placé.

Il est facile de voir que si nous n'avons pas à rechercher la part que Gérard a véritablement prise à l'incendie qui a dévoré la maison de son père, nous ne cherchons pas à atténuer la gravité des faits et que nous acceptons la preuve comme faite. Il s'agit maintenant d'étudier la responsabilité morale qui doit peser sur lui dans le cas où il en serait réellement l'auteur volontaire. Pour y arriver nous allons passer en revue les circonstances qui l'ont précédé et celles qui l'ont accompagné.

Trois jours auparavant avait eu lieu le mariage d'une de ses sœurs. Ainsi qu'il arrive toujours dans ces cas, surtout chez les jeunes gens de la campagne, des excès de table furent commis, et, obéissant à ses instincts, Gérard dut s'y livrer volontiers. Nous n'en voulons pour preuve que la persistance qu'il met à comparer dans deux lettres successives, le régime de la prison à celui de la noce. (Notons en passant, que l'une est datée du 10 janvier 1874, tandis que le mariage n'eut lieu qu'au commencement de février, l'autre n'est pas datée, quoique l'intention de la dater soit rendue évidente par la désignation du lieu où elle était écrite, ainsi que cela se fait d'ordinaire : Méricourt, le...)

Ces excès durent être poussés d'autant plus loin de la part de l'inculpé que son peu d'intelligence l'invitait davantage à se faire une sorte d'amour-propre de l'emporter sur les autres convives. Sa sensualité naturelle était d'ailleurs un excitant qui suffisait à lui faire absorber des quantités considérables de nourriture solide ou liquide,

Un fait que tout le monde a eu l'occasion d'observer sur soi-même à des degrés différents se produisit alors chez ce jeune homme. La plénitude de l'estomac amena une réaction sur le cerveau qui devint lourd et cessa de fonctionner avec la netteté relative que l'on avait pu remarquer jusque-là. Cette réaction dut être d'autant plus forte que la quantité d'aliments solides ingérés avait été plus considérable.

Les boissons ayant aussi été absorbées en quantité notable, il se produisit sur l'intelligence et sur les instincts de Gérard l'un des effets que chacun a pu constater une fois ou autre, à un degré plus ou moins avancé.

Chez quelques-uns, cet effet se traduit par une gaieté expansive et bruyante ou au moins très-loquace, jusqu'à ce que les fumées du vin aient en quelque sorte noyé l'organe cérébral. Chez d'autres, un résultat en partie contraire est la conséquence du même acte; il se déclare alors une excitation de mauvaise nature; les mouvements deviennent brusques, le caractère susceptible, même violent et querelleur, l'intelligence obtuse et les instincts de la brute ont une tendance évidente à se manifester par des actes de violence.

Sans vouloir dire que Gérard devait présenter le tableau complet que nous venons de tracer en dernier lieu, nous croyons qu'il était dans un état s'en approchant beaucoup et que la différence à observer en lui devait consister dans la dissimulation de ses pensées intimes et dans quelque chose qui tient de son caractère sournois. Il devait éprouver des impulsions à mal faire et s'il ne se laissait pas aller à ces tendances, il n'était retenu que par une appréhension vague de ne pas réussir complétement dans ses désirs et par la crainte de se voir punir sévèrement.

Nous doutons fort qu'il ait trouvé chez sa belle-mère une disposition d'esprit propre à calmer cette surexcitation. Nous sommes plus portés à croire qu'elle ne lui ménagea pas les reproches et qu'elle les lui fit sur un ton peu appro-

prié à l'état nerveux de l'inculpé. Celui-ci dès lors s'irrita de plus en plus et ressentit plus vivement la haine qui semble l'animer contre elle.

Il nous paraît très-important de faire remarquer ici que la plus grande partie des individus atteints d'imbécillité à un degré plus ou moins prononcé, éprouvent fréquemment des moments d'agitation ou de surexcitation cérébrale dans le genre de ce que nous croyons avoir existé chez Gérard. Pendant ces accès, ils n'ont réellement pas la conscience de leurs actes, quoique leur agitation ne se manifeste pas toujours sous une forme bruyante. Quand on a l'habitude de ces malades, on constate facilement qu'ils sont mus comme par une force irrésistible qui les pousse malgré eux à la violence, quoiqu'ils désirent cependant faire bien ce qu'ils ont entrepris.

On dirait que leur volonté ayant donné l'élan, les organes chargés d'exécuter les actes qu'ils ont voulu, reçoivent du système nerveux une impulsion beaucoup plus forte qu'il le faudrait, et de là une exécution défectueuse presque toujours par excès. Pour rendre notre pensée d'une manière sensible pour tous, il se passe chez eux quelque chose de semblable à ce que l'on observe lorsqu'une arme à feu ayant été bien pointée, on se trouverait l'avoir chargée d'une quantité de poudre beaucoup trop forte : le but se trouve dépassé presque toujours.

Si telle est la fâcheuse organisation de Gérard dans son état habituel, et nous l'y croyons réellement disposé, il est facile de se rendre compte du fâcheux effet qu'auront produit sur lui les excès de table et autres auxquels il a dû se livrer. Malheureusement porté par les imperfections de sa constitution cérébrale à des actes de violence, cette triste prédisposition en aura été singulièrement exagérée.

Les amusements du carnaval auxquels il se livra ensuite durent maintenir et même augmenter l'excitation dont il était animé, de sorte que, au moment où il mit le feu à la

maison de son père, Gérard devait se trouver dans un de ses états nerveux que l'on peut sans exagération qualifier de maladif.

Nous croyons pouvoir affirmer que cet état nerveux s'est prolongé au-delà de l'acte qui lui est reproché. En effet, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, ce jeune homme écrit deux lettres contenues dans le dossier ; l'une sans date, quoiqu'il ait eu évidemment l'intention de la dater, l'autre datée du 10 janvier 1874, et cependant il y compare le régime auquel il est soumis avec celui de la noce qui n'a eu lieu que le 3 février suivant. N'y a-t-il pas dans ces circonstances une preuve du désordre qui régnait encore dans sa tête?

Enfin toute sa conduite pendant la nuit qui a précédé l'incendie n'indique-t-elle pas aussi une animation extraordinaire ?

Cet homme est à peine couché qu'il se relève, allume une lanterne et se met à battre du grain; ensuite, après une nuit d'insomnie, il sort de chez lui annonçant qu'il va se rendre à Charmes, et puis une partie du trajet est à peine parcourue, qu'il change d'avis pour se rendre à Mirecourt, augmentant ainsi la distance à parcourir.

Il est fort possible qu'il ait eu la pensée d'établir un alibi; mais s'il avait été calme d'esprit et qu'il eût pu réfléchir sainement, la rencontre qu'il fit d'un homme se rendant à Jorxey lui aurait fait comprendre que ce moyen ne pouvait réussir. Cependant il persiste dans son récit, et cela ne nous prouve que davantage combien son intelligence et son raisonnement étaient en désarroi.

Que plus tard il ait continué à soutenir ses dires, cela ne nous étonne pas, parce qu'il a craint de se mettre en contradiction avec lui-même et par là de se compromettre. Nous ne voyons dans cette obstination qu'un nouveau motif de déclarer l'imperfection de son état mental habituel.

V. Conclusions.

En résumé, nous croyons :

1° Que Gérard (Louis) est atteint d'une forme d'aliénation mentale, caractérisée par un arrêt de développement des facultés intellectuelles et morales, forme désignée en médecine sous le nom d'*imbécillité*.

2° Que cette imbécillité est compliquée d'une exagération des appétits brutaux qui le poussent à des actes de violence dans le but de les satisfaire; ce que l'on désigne sous le nom d'*instinctivité*.

3° Qu'au moment où il a mis le feu à la maison paternelle, Gérard était de plus sous l'influence d'une excitation morbide produite par les excès de table commis dans les jours précédents, par la discussion de ses intérêts pécuniaires et par le souvenir irritant de son dernier internement.

4° Que ce jeune homme, rendu à la liberté, pourra bien pendant quelque temps modérer ses diverses passions, mais que tôt ou tard il retombera dans les mêmes travers et qu'il pourra gravement compromettre l'ordre public, la sécurité des personnes ou celle des propriétés.

Fait à Maréville, le 30 juillet 1874.

Le Rapporteur.

Dr Delaporte. Dr Sisteray.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue à la suite de ce rapport et Gérard mis à la disposition de l'autorité administrative qui a décidé sa maintenue à Maréville.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 29 novembre 1875. — Présidence de M. Blanche.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

A propos du procès-verbal, M. le Secrétaire général donne lecture de la lettre qu'il se propose d'adresser à M. le docteur Papillaud, en réponse à la demande qu'il a adressée du titre de membre correspondant en faveur de M. Lino de Macedo.

La rédaction de cette lettre est adoptée.

M. Fournet, répondant à des objections qui lui ont été faites dans la séance du 15 novembre, dit : je n'ai jamais prétendu, comme on se plaît à le supposer, exclure des problèmes de l'aliénisme l'influence organique, et lui substituer d'une manière absolue l'influence psychique. Le caractère de la doctrine *organo-psychique* est précisément dans leur concours. Je suis le premier à reconnaître les prédispositions fâcheuses qui naissent de l'hérédité organique et des défectuosités natives ou acquises du système nerveux; par exemple, la disposition congestive ou anémique du cerveau, qui favorise, à mes yeux autant qu'aux vôtres, l'action oppressive et usurpatrice des idées délirantes et des impulsions morbides, par le trouble qu'elle apporte dans le jeu des facultés mentales et morales. Je reconnais ce fait et j'en tiens compte par les circonstances atténuantes. C'est donc moi qui vous invite, et cela par l'exemple, à ne mutiler ni l'homme ni la science qui en est le reflet, de l'un ou de l'autre des deux éléments qui les constituent. Mais en reconnaissant leurs droits, je mets chacun de ces éléments en sa place et à son rang; c'est ainsi que l'influence organique n'est qu'une prédisposition, qui peut être neutralisée, en certain cas et dans une certaine mesure, par une puissance mentale et morale suffisamment développée par l'éducation, par la culture et par l'exercice habituel. Cette puissance morale de résistance aux fâcheuses prédispositions organiques et aux impulsions morbides, je ne la fais donc pas absolue, mais proportionnelle à l'état actuel des facultés.

De là, la responsabilité relative. Mais on me dit : « Vous accordez à l'éducation et à la culture une plus grande influence qu'elles ne l'ont; nous pourrions vous citer des personnes du meilleur monde, des ecclésiastiques même, qui subissent les impulsions morbides qui les obsèdent, sans pouvoir leur résister. » Je réponds : le rang social, les dépenses faites pour l'éducation et l'instruction, les hautes fonctions dont on est chargé, les dignités dont on est revêtu, ne supposent pas nécessairement la *vraiment bonne* éducation et la virilisation morale qui en naît, et qui seule permet de lutter avec avantage contre les passions et les insanités. Vous en avez sans cesse la preuve autour de vous, dans le spectacle si fréquent de ces insanités dans tous les rangs; vos propres statistiques n'établissent-elles pas que la source la plus féconde des insanités et des folies, après l'hérédité, c'est la mauvaise éducation, le caractère d'enfant gâté, source trop ordinaire des impossessions et des dépossessions de soi-même. La bonne éducation est celle qui conduit l'homme vers la pleine possession et la pleine disposition de soi au nom des lois de la vie.

M. le Président annonce que la Société de médecine mentale belge vient de lui faire l'honneur de lui décerner le titre de membre honoraire. Cet honneur, M. le Président croit devoir le reporter sur ses collègues de la Société médico-psychologique; et il saisit l'occasion d'exprimer à tous ses sentiments de gratitude pour le concours dévoué qu'il lui est prêté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. le Secrétaire général donne lecture de deux lettres par lesquelles MM. Sizaret et Taguet remercient la Société médico-psychologique du titre de membre correspondant qu'elle leur a décerné dans sa dernière séance.

La correspondance comprend en outre : 1° les derniers numéros de la *Tribune médicale;* 2° les derniers numéros de la *Gazette médicale d'Orient.*

Discussion sur la folie avec conscience.

M. Delasiauve. Messieurs, en ce qui me concerne, je ne puis qu'avec satisfaction voir revivre cette discussion importante qui, en 1869, comme aujourd'hui, fut ouverte, par une communication de notre savant collègue, M. Jules Falret, *sur la folie avec conscience.* A cette époque, bien que plusieurs

séances y eussent été consacrées, elle avorta en grande partie, parce que, le discours de l'auteur étant resté sans publication, la controverse, manquant d'une base précise, se traîna un peu au hasard. Celle que nous inaugurons aura-t-elle un meilleur sort? Je le souhaiterais, mais j'en doute; car M. Jules Falret, qui a parlé sur des notes, ne les ayant point rédigées, nous laisse, cette fois encore, avec le vague souvenir d'impressions, souvent fautives.

La question, pourtant, n'est pas aussi neuve que semble le supposer notre confrère. C'était elle qui, au fond, s'agitait dans ce débat solennel qui, deux ans auparavant, s'était engagé devant vous, sur la folie raisonnante. Dans mon travail sur les *Pseudo-monomanies*, en 1859, même dès 1853, dans mon mémoire sur la *Monomanie au point de vue psychologique et légal*, cette particularité remarquable d'un malade ayant conscience de ses aberrations mentales nous fournit le motif d'une distinction nosologique formelle et d'inductions médico-légales jusque-là à peine entrevues.

Parmi ceux qui se précipitèrent résolument dans l'arène, M. Fournet figure au premier rang, au nom de la psychologie. Chacun se souvient des longs développements sur lesquels il essaya de fonder une jurisprudence réfractaire à nos principes. Moi-même, à diverses reprises, je pris la parole pour rappeler les faits antérieurs et surtout pour montrer, à notre collègue M. Fournet, la fragilité et les dangers de sa thèse. Il n'a point été convaincu, je le constate avec regret; car, dans le nouveau travail qu'il vient de nous lire, il reproduit les mêmes arguments, sans pour ainsi dire de variantes et dans des proportions non moins considérables.

N'ayant point la comparaison sous les yeux, je ne saurais apprécier en quoi la dernière communication de M. Jules Falret peut différer de la première. L'expertise juridique fut et est son principal objectif. Il me semble que, déjà ébranlé en 1869, il a fait, cette fois, un pas décisif vers nous. Partageant le préjugé commun, relatif à l'unité mentale et à la solidarité des facultés préconisées par son vénéré père, il voulait que, pour les actes délictueux, le moindre dérangement psychique motivât la non-imputabilité, et l'annulation pour les actes civils. L'évidence nous aurait valu que, touchant ceux-ci au moins, il admît certaines dérogations.

Le besoin nous a fait relire nos propos observations. Elles n'ont perdu, à notre avis, ni de leur opportunité ni de leur

justesse, et nous pourrions nous contenter d'y renvoyer les collègues qui, en ce moment, daignent nous écouter. Il est trop évident, malheureusement, qu'elles ont passé inaperçues et que, dans les travaux qui ont été publiés depuis six ans, il n'en a été tenu qu'un compte médiocre. Puisque l'occasion nous en a fait une loi, nous les résumerons donc, nous efforçant d'être le plus concis possible.

Un mot d'abord à M. Fournet, avant de revenir au terrain parcouru par M. Jules Falret. M. Fournet, dans un aveu sincère, s'imagine n'être pas avec nous en si grand désaccord que nous le supposons. Nous sommes, sans qu'il s'en doute, aux antipodes. Il reflète, avec la magistrature, les gens du monde, même avec beaucoup de médecins non-spécialistes, des préventions que nul autre que lui ne conserve dans cette enceinte. Entre les divers membres, les dissidences, et il y en a, portent sur d'autres points.

Non sans fondement, M. Fournet soutient, en principe, que la clinique mentale doit s'éclairer de la psychologie : ce qu'il définit par cette antithèse : la *normale* et la *morbide*. Ainsi l'avons-nous compris toujours. Mais il ne suffit pas de spécifier une nécessité, il faut y obéir. Cette normale, en quoi consiste-t-elle? M. Fournet a négligé de nous la faire connaître. Il admet l'âme et sa puissance, le libre arbitre, puis c'est tout. Aussi peu explicite, sa pathologie se mesure au degré apparent de clairvoyance, qui implique en même temps la limite de la responsabilité.

Quels sont les facultés mentales, leur nombre, leur rôle, leurs rapports, leur subordination? D'où naissent les idées? Comment les envisager dans leur nature et leurs manifestations? Quelle influence exercent les aptitudes, les sentiments, les affections, les penchants, etc.? Leurs variations sont presque individuelles ; d'où viennent ces différences? Quels signes, d'autre part, accusent leurs anomalies? Sont-elles uniformes, à part l'étendue, la complexité ou l'énergie? Dans leurs conditions d'origine et d'activité, peut-on, en regard de la personnalité responsable, les assimiler aux déviations passionnelles? Que se passe-t-il, en un mot, dans l'intimité psychique?

Autant de problèmes, impéricusement commandés à l'analyse, et que M. Fournet n'a pas même posés. Ame, libre arbitre, la foi chrétienne en consacre le dogme; inclinons-nous. Mais que sont-ils aux yeux de la science? La philo-

sophie en a vainement tenté la démonstration rigoureuse. — Les deux camps, spiritualiste et matérialiste, restent en présence, impuissants à se convaincre, s'appuyant l'un et l'autre sur des considérations également fortes et fragiles. On ne conçoit pas plus le cerveau pensant, que la pensée extrinsèque à cet organe et se manifestant seulement par son intermédiaire. Il y a là un abîme que tous les efforts du génie humain ne sont point parvenus à sonder. Dieu s'est réservé le mot de l'énigme.

Mais intervient le fait social. L'homme n'est point né pour l'isolement. Il forme des agglomérations qui, pour prospérer, ont besoin de règles et de garanties. Elles en trouvent moralement devant l'opinion, légalement devant la justice d'ici-bas, même religieusement devant la justice d'outre tombe. Aux jugements une condition est nécessaire, l'équité, laquelle suppose, chez le justiciable, la liberté des déterminations.

Si cette liberté existe, le suprême arbitre seul le sait, nous venons de le dire. Seul, impeccable, il peut, s'il y a mérite ou démérite, absoudre, punir ou récompenser avec certitude. Les droits de la société, égaux en principe, sont moins absolus dans l'application, précisément en raison de son insuffisance. Son critérium est celui des philosophes. Elle attribue à ses membres le libre arbitre, sans être sûre qu'ils le possèdent, mais s'appuyant sur le sentiment commun et la nécessité d'une sauvegarde.

Dans le système matérialiste, actes bons ou mauvais, émanant du jeu machinal des organes, se confondent dans l'indifférentisme. Ces édictions de la loi, les préceptes de la morale sont réduits à de simples utilités ; étant enlevée cette mystérieuse épée de l'inconnu qui pèse sur la conscience des malfaisants, le plus grand crime du coquin est de se laisser prendre.

Par bonheur, les sceptiques décidés sont relativement rares. Dans l'usage, sinon en théorie, chacun croit au libre gouvernement de soi-même, à son individualité responsable, à la compétence légitime de l'opinion et de la magistrature. Avant le verdict, la plupart des coupables se sont condamnés d'avance dans leur for intime.

C'est sur ce consentement que repose l'édifice de la législation. Sans épiloguer sur le libre arbitre, ni s'enquérir s'il est démontré, la société l'a accepté traditionnellement comme

une vérité acquise. Cependant, il y a telles situations impérieuses où, notoirement, soit dans l'appréciation de la conduite, soit dans la répression des délits ou des crimes, planent, sur la possibilité d'une résistance volontaire, des doutes qui s'expriment par l'indulgence, l'atténuation, voire l'excuse complète.

Nous avons eu souvent l'occasion de nous expliquer sur cette question ardue du libre arbitre. Une première fois, en 1842, à propos d'un écrit de Flourens contre la phrénologie, inculpée de fatalisme. Flourens voulait que l'homme sût qu'il a en lui *une force, et que cette force ne doit point fléchir*. Ce qui n'empêche pas que l'*esprit ne soit prompt et la chair faible*. Nulle part plus que dans les livres sacrés, n'est surabondamment constatée la fragilité humaine. Moi-même, après en avoir énuméré les preuves, je concluais par cette comparaison : « La volonté exerce sur les passions l'empire d'un maître qui commande à de belles et tyranniques esclaves, par lesquelles il est fréquemment asservi » (l'*Expérience*).

Dans ma communication à la Société sur la *monomanie au point de vue psychologique et légal*, en 1853, je développais la même pensée, qui figure encore dans maints articles du *Journal de médecine mentale* : « En quoi, m'écriai-je, consiste » cette faculté mystérieuse du libre arbitre? Jusqu'où s'étend » son pouvoir ? Où finit son domaine ? En réalité, ne sommes- » nous pas rivés à une chaîne, à l'heure même où nous glo- » rifions le plus notre indépendance? Eternelles énigmes ! » Vérité de sentiment, axiome social, le libre arbitre s'admet, » il ne se discute pas. On doit croire qu'il a été dans les » vues de la Providence, en dotant l'homme des passions, de » le pourvoir d'une énergie suffisante pour en diriger l'exer- » cice et en réprimer les écarts. Sauvegarde de la moralité, » cette croyance est légitime, bien que la juste introduction » dans la loi des circonstances atténuantes, crée une base » prudente au doute »..... (*Annales méd.-psychol.*).

Les plus hautes intelligences s'inclinent devant cette incertitude. Bonaparte venait de mourir. Lamartine, dans sa septième méditation, traçant le verdict de l'histoire, termine par ces vers splendides :

« Son cercueil est fermé, Dieu l'a jugé, silence !
» Son crime et ses exploits pèsent dans la balance.
» Que des faibles mortels, la main n'y touche plus
» Qui peut sonder, Seigneur, ta clémence infinie ?
» Et vous, fléaux de Dieu, qui sait si le génie
» N'est pas une de vos vertus ?..... »

Béranger, à son tour, est typiquement précis dans la strophe suivante d'une de ses plus gracieuses chansons : *Les Marionnettes :*

« L'homme fier de marcher debout
» Vante son équilibre.
» Parce qu'il court et va partout
» Le pantin se croit libre ;
» Mais dans combien de mauvais pas
» Sa fortune le jette ?
» Ah ! du destin l'homme ici-bas
» N'est que la marionnette. »

M. Fournet, pas plus que Flourens, que Lamartine, que nous tous, n'est en mesure d'éclaircir le mystère des siècles. Or, si cette commune ignorance commande, dans les jugements humains, une circonspection extrême à l'égard des faits de l'ordre physiologique, où, au fort des entraînements, la conscience ne semble pas atteinte, que sera-ce des actes imputables aux malheureux aliénés ?

C'est là que gît l'illusion profonde de notre collègue. Dans une précédente discussion, nous la lui avons signalée. Nos raisons ne l'ayant point ébranlé, il nous importe d'autant plus de les reproduire avec une énergie nouvelle que, partageant les préjugés du monde, il peut, par la double autorité de son talent et de son titre de membre de la Société médico-psychologique, exercer, dans le cercle qui l'environne, une très-fâcheuse influence.

Il s'étonne de l'opposition qu'il soulève. Nous ne sommes pas moins surpris de son insistance. L'aspect qu'il envisage n'est point celui sur lequel M. Jules Falret a appelé l'attention. Il ne s'agit point du degré de conscience chez des aliénés, mais uniquement d'une certaine espèce de trouble mental dans laquelle le malade, ému lui-même des accidents qu'il éprouve, en reconnaît le caractère, s'en afflige, en redoute les suites, les dissimule souvent, et souvent aussi en recherche spontanément la guérison.

M. Jules Falret nous a cité des cas de ce genre. Il les croit intéressants, il les propose à notre étude, afin que, nettement spécialisés, on en puisse déduire les véritables indications thérapeutiques et légales. Le sujet de la discussion est donc bien délimité. Chacun de nous l'a ainsi compris, M. Fournet, en nous lançant indûment dans une sphère générale, a d'ailleurs obéi à une préoccupation qui, pour tous ses collègues, n'est pas mieux justifiée. On nous a reproché de transformer les

passions en folies. Est-il plus raisonnable de confondre les folies avec les passions?

La thèse de M. Fournet a précisément cette tendance. Il veut étendre aux insensés la responsabilité morale et légale que la société fait peser sur les vicieux ou les criminels. Cette responsabilité, il la mesure, toutes choses égales, au degré de la clairvoyance. Sur ce point, comme sur l'autre, entre lui et nous le désaccord est complet. Je voudrais qu'il s'en pénétrât bien. M. Fournet, dans cette enceinte, forme un camp à lui seul. Nul de nous, aliénistes, ne songe à imputer aux malades, si restreint soit-il, les actes dus au délire. Les dissidences qui nous séparent portent exclusivement sur les cas où les individus, sains d'esprit en apparence, auraient agi en dehors de la sphère délirante. Ceux-ci, au nom d'une prétendue solidarité des facultés, se prononcent, en matière délictueuse, pour l'immunité absolue, en matière civile, pour l'annulation des contrats; ceux-là, moins absolus, s'en réfèrent à l'analyse des circonstances.

M. Fournet se fait une fausse idée de l'état maladif. Ce n'est immédiatement ni avant ni après, mais au moment où il sévit qu'il faut le saisir. Que se passe-t-il, par exemple, dans les fascinations pseudo-monomaniaques que j'ai décrites? Ce que l'on constate, à la différence près de la vivacité morbide, dans la veille. Sous l'influence du mouvement éréthique, les sensations, les pensées, les raisonnements naissent et vont tout seuls, au hasard des incitations. On s'aperçoit, au sortir de la crise, que l'on s'était oublié, que le principal recteur sommeillait, que la volonté était tenue en échec et que tout effet désastreux, né d'impulsions aveugles, était marqué au coin de la fatalité.

Chez les inculpés de cette catégorie, c'est cette période transitoire, plus ou moins durable et répétée, qui doit servir de critérium. En la négligeant, pour ne juger de la force du libre arbitre qu'après la reprise de possession de soi-même, on court au-devant de l'erreur. C'est le cas des magistrats. M. Fournet n'y a point échappé. Amener les tribunaux à saisir cette distinction, la leur faire toucher du doigt, tel est le rôle de l'expertise, si elle veut le triomphe de sa cause.

Les analogies, du reste, abondent. Certaines anxiétés précordiales, les angoisses de dents, les crampes, etc., affectent souvent la forme d'accès. Suffit-il de vouloir pour les calmer? Pourquoi, au moral, en serait-il autrement des élaborations ma-

ladives ? M. Fournet s'est créé un système idéal, dans lequel il se cantonne. Il entrevoit les faits et les plie à ses conceptions, sans les étudier, ni les analyser et les interpréter, commo la logique le commande. En a-t-il exposé et commenté un seul dans son long travail ?

Je ne cesserai cependant de le lui répéter, nos livres, nos recueils sont remplis d'observations explicites. Que, les parcourant attentivement, il sonde le mal à son origino, qu'il le suive dans ses développements, qu'il en pèse les conséquences, que, du contrôle des opinions dissidentes, il s'en constituo une à lui-même, il aura alors une provision vraiment scientifique, unique moyen de ne pas continuer à combattre dans le vide.

Ce glissement, à côté des faits, se trahit sur un autre point de son argumentation. S'il concède la part attribuée à l'hérédité, il fait plus large celle de la dégradation de l'âme, qui, viciée par une mauvaise éducation, séduite par de funestes exemples, et pervertie par de dangereuses habitudes, désapprend à user de son libre arbitre, laisse s'introduire l'élément morbide et, lorsqu'en ayant conscience, elle pourrait lui barrer le passage et le dominer, faillit à ce devoir. D'abord, dans ces conditions, que M. Fournet énonce avec tant de complaisance, il semble qu'il y a, même à l'état physiologique, de sérieux motifs d'atténuation. Malgré l'avis de quelques jurisconsultes, vice n'est pas crime. Que, dans le délire du vin entre autres, un malheureux adonné à l'ivrognerie commette un acte répréhensible, ni l'expertise médicale, ni la jurisprudence des tribunaux n'en tirent un grief pour aggraver la responsabilité; loin de là.

Mais les suppositions de notre distingué collègue sont démenties par l'expérience. Les qualités les plus exquises ne préservent personne de la folie avec conscience. M. Legrand du Saulle connaît comme moi une dame, excellemment douée sous le triple rapport de l'éducation, du naturel, do la moralité, et qui éprouve depuis huit ans, à la suite d'une violente émotion, des paroxysmes qu'elle décrit avec une énergie poignante. On m'a communiqué, ces jours-ci, deux longues lettres d'une dame soumise depuis quinze mois à de pareils tourments. Elle a trente-huit ans. Son ménage, dit-elle, était un paradis, c'est aujourd'hui un enfer. Son indifférence la tue; elle chérit son mari; ses enfants, elle se sent de glace pour eux. Des scrupules l'empêchent de suivre les offices dans un pays religieux. Elle n'ose sortir, croyant lire dans les regards l'indignation de

ce qu'elle néglige ses devoirs de piété. Ces changements ont pour origine une impression causée par le spectacle de l'agonie d'une amie mourante. J'ai cité, il y a bien vingt ans, un grand industriel qui, dans un dîner, rencontre un ami intime après une longue séparation. Rendez-vous est pris pour le lendemain à dix heures. C'était en plein choléra de 1849. Il arrive et trouve son ami mort dans la matinée. Dès lors se manifestent tous les signes du délire partiel diffus. A chaque instant distrait, il est poursuivi par d'étranges sensations et des idées sinistres; il rêve mort et suicide. Dans un voyage en Hollande, saisi de panique, il rétrograde avant de passer la frontière et revient précipitamment à Paris. Quelques mois d'un traitement approprié le rétablissent. Une recrudescence, l'année suivante, dura à peine un mois. La santé s'est jusqu'à présent maintenue parfaite.

Vous comprenez, Messieurs, l'extrême gravité du sujet. C'est ce qui m'a autorisé à vous présenter ces remarques, toujours opportunes, tant qu'elles ne se seront point imposées à toutes les convictions. Je les soumets particulièrement à l'appréciation attentive de notre collègue M. Fournet. Il verra, s'il daigne y réfléchir, qu'il nage en pleine hypothèse. Admettons avec lui l'âme comme vérité, sinon absolue, au moins de croyance commune. A-t-elle cette étendue de libre arbitre dont il la dote, et qui, parmi les gens éclairés, ne devrait engendrer que des sages? Ses limites sont manifestement bornées; les plus religieux le reconnaissent. Dracon, de notre temps, n'édicterait plus ses peines uniformes et inflexibles. Il importe notamment, par une exacte analyse des aberrations mentales, de séparer les symptômes morbides des écarts physiologiques.

Maintenant, qu'aurais-je à dire de la lecture de M. Jules Falret? N'ayant point son discours sous les yeux, je ne pourrais que répéter les observations que j'ai faites à l'issue de cette dernière communication et de la précédente. Je préfère renvoyer le lecteur aux *Annales médico-psychologiques*, où elles ont été consignées. Qu'on me permette seulement d'exprimer un regret. M. Jules Falret, et je l'en félicite, paraît s'être relâché de sa rigueur à proclamer dans n'importe quelles aliénations, soit en matière criminelle l'irresponsabilité absolue, soit en matière civile, l'annulation des contrats. Mais cette fois encore, si j'ai bien compris, à la manière dont il a parlé de la *folie avec conscience*, il semblerait que ce problème fût

une révélation. Cette variété, dit-il, mérite de fixer l'attention ; elle a des aspects curieux, réels, qui, mis en relief par une investigation sérieuse, sont de nature à modifier la donnée de la jurisprudence.

Après avoir énuméré les différents ordres de folie : « Enfin, » nos consultations nous fournissent quotidiennement des » exemples d'une appréciation jusqu'ici douteuse. Les malades » eux-mêmes, conscients et inquiets de l'étrange fascination » qui les obsède, viennent nous en faire la confidence et ré- » clamer de nos lumières les moyens de les en délivrer. »

En possession de données qui complétaient notre nomenclature, nous avons cédé, malgré de longues souffrances, au dessein, nourri de vieille date, d'entreprendre la publication de notre recueil périodique. Sans mettre à contribution la série des articles où figure l'exposé *du délire partiel diffus;* nous en mentionnerons un principal (t. IV), encadré à son rang dans notre étude des diverses formes mentales. Il ne renferme pas moins de 24 observations personnelles, et combien n'en avons-nous pas recueillies depuis?

Voici des phrases qui se trouvent dans ce travail : « Le fait » sur lequel on pourrait baser une distinction, c'est le degré » d'influence qu'exerce sur la croyance, la volonté et les pen- » chants, la fascination morbide.

» Quand le mal est récent ou médiocrement intense, le pa- » tient a une intuition complète de son origine; il en suit avec » inquiétude, il en note toutes les particularités, souvent il le » dissimule avec soin, par amour-propre ou pour ne pas éveiller » autour de soi de trop vives sollicitudes..... » « Il y a des hauts » et des bas..... »

Le délire émotif de Morel n'est autre que notre délire *partiel diffus*. Même genre d'observations, mêmes raisonnements. En analysant l'opuscule de notre regretté collègue, aux huit exemples qu'il contient nous en avons ajouté trois autres. Pour abréger enfin, nous signalerons spécialement les mémoires très-explicites que nous avons consacrés aux procès de Daix, du Havre, et du séminariste Jeanson, de Pont-à-Mousson.

Cet ensemble méritait peut-être qu'on s'y arrêtât. J'avoue avoir été humilié que Morel n'y ait pas eu égard et qu'ailleurs il n'ait pas fait plus de sensation. Car, ou je m'abuse, ou la *folie avec conscience* y est amplement stéréotypée avec ses traits différentiels et ses menaçantes éventualités.

J'ajouterai, au point de vue thérapeutique et légal, qu'elle

recèle des indications satisfaisantes. Elle échappe, par exemple, à la loi absolue de l'isolement. Sur 24 de mes malades, un seul a dû être séquestré, en raison de sa tendance au suicide. Le traitement physique prend une grande part à la cure, souvent heureuse. Moralement, on comprend aussi l'erreur de ces exhortations, afin d'exciter les malades à chasser leurs chimères. Rien n'agace et ne désespère davantage l'infortuné pseudo-monomane, qui déjà se gourmande lui-même et, spontanément, s'épuise en efforts stériles. Résignation et ponctualité à suivre la médication : tel est l'unique refrain à lui faire entendre.

Et quant aux cas judiciaires, on voit : 1° qu'irresponsable pour les actes fâcheux accomplis sous l'influence de la crise, un inculpé peut cesser de l'être pour ceux réalisés pendant la période saine: 2° que l'invalidation des actes civils n'a de raison d'être que s'ils sont marqués au coin du délire ou que le mal, étendu et invétéré, ait compromis le fonctionnement général; 3° pour le juge enfin, qu'il lui importe de se persuader qu'en dehors de l'éréthisme morbide, qui paralyse la volonté, il a affaire à un homme qui parle et raisonne comme tout le monde.

Il est bon, quand on introduit une question récente, d'en esquisser les antécédents. J'ai quelque scrupule, étant en cause, de relever, à cet égard, une omission dans l'allocution de notre collègue. Mais je ne saurais résister au devoir de montrer que le sujet dont M. Jules Falret nous a entretenus n'est pas aussi incertain qu'il le présume, qu'à diverses reprises, sous une autre dénomination je l'ai traité dans cette enceinte, qu'il y a été le thème d'une discussion indirecte, que mémoire et discussions figurent dans les *Annales*, que maints passages du *Journal de médecine mentale* sont consacrés à l'élucider, et qu'enfin, non content d'emprunter au signe *conscience* un trait différentiel important, j'en ai théorisé la raison et le mode. Quelques citations. Ce sera combler une lacune.

Dans mon mémoire sur la monomanie en 1853, insistant sur la nécessité de se mesurer avec les faits, j'en ai cité plusieurs où les malades savent, en appréciant l'origine, résister aux suggestions morbides. « Parfois, disais-je, isolé, sans racines » profondes, sans convictions étendues, sans permanence, le » délire n'exclut pas toute puissance active, toute volonté » soutenue, toute occupation régulière... » C'est surtout dans la société qu'on rencontre de tels malades « qui, malgré le

» trouble isolé de leurs facultés sentimentales, ne dérogent » point aux devoirs sociaux, veillent à leurs intérêts, maîtrisent » même leurs tendances, à peine trahies à l'œil attentif, sui- » vant l'occurrence, par d'involontaires distractions... » « Chaque » jour on est consulté soit par les familles soit par les mal- » heureux mêmes que de fausses préoccupations tourmentent..» » Combien de cas dans lesquels le trouble mental a pour unique mobile de chimériques appréhensions, jugées par les malades eux-mêmes et concordant avec une raison parfaite- ment droite?... »

La discussion sur les hallucinations, en 1856, nous a fourni l'occasion de confirmer cette distinction. Sous le nom d'*hallu- cinations morales*, M. Baillarger avait assimilé aux pseudo-per- ceptions certaines aberrations conceptives. Il proposait aussi d'admettre des hallucinations *avec* ou *sans folie*. La croyance, sans contredit, a une grande importance. Modifie-t-elle la nature du phénomène? Pour nous, devant le moi, idées, senti- ments, sensations, intuitions, inspirations ont un semblable rôle. Il les conçoit ce qu'ils sont. Quant au caractère réel ou fantastique, c'est objet d'interprétation. Il n'est pas possible d'établir toujours une délimitation exacte. Souvent la croyance varie suivant l'intensité des impressions ou les dispositions du sujet. « Ceux qui maîtrisent le mieux leurs sensations con- viennent qu'ils ont eux-mêmes leurs moments d'égarement... » Quelques-uns aussi, « entre diverses fascinations, distinguent « les unes et se trompent sur les autres... » Ainsi le trouble mental pouvait être, simultanément ou isolément, sensorial, conceptif, moral, intuitif, instinctif, mystique, *avec* ou *sans conscience*.

De là à la constatation du délire partiel diffus ou pseudo-mono- manie, il n'y avait qu'un pas. Ce pas, le séminariste d'Aix nous a permis de le franchir. Son cas est un véritable type de cette rêverie morbide si incohérente, si pénible et parfois si dange- reuse dont nous avons fait ressortir les traits saillants dans une double communication, en 1859, à la Société médicale du Panthéon et à la Société médico-psychologique. Ce qu'elle présente, en effet, d'éminemment remarquable et en quelque sorte de *pathognomonique*, c'est, en général, après la cessation de l'éréthisme, le sentiment plus ou moins confus des accidents éprouvés, des entraînements subis et du péril à craindre : crime ou folie.

« Chez les pseudo-monomanes, l'esprit est soumis à des en-

» traînements, à une fascination dont il a conscience. Anxieux » d'un trouble qui, souvent, s'accompagne de signes congestifs » vers la tête, ils en redoutent avec raison les conséquences, » cherchant à les conjurer par des soins médicaux et la résis- » tance aux suggestions. » L'égarement, semblable à une « sorte de charme, s'évanouit souvent au retour de la réflexion, » sévit surtout dans la solitude... »

M. Fournet. Les objections de M. Delasiauve portent sur deux points : sur ma doctrine aliéniste, et sur la responsabilité relative qu'elle fait aux aliénés conscients de leur état.

« Votre doctrine aliéniste n'a rien de nouveau, me dit M. Delasiauve, car c'est celle de l'âme et du libre arbitre. »

Assurément, je n'ai inventé ni l'âme, ni le libre arbitre, ni Dieu qui en est la source. Mais la doctrine de l'âme et de la virilité morale, que j'ai exposée ici même et publiée dans les Annales de notre Société, c'est-à-dire ma doctrine de la raison et de la folie, a un *caractère propre* que nos philosophes les plus compétents ont reconnu, et qui modifie profondément les solutions actuelles des problèmes de l'aliénisme. M. Delasiauve l'aurait reconnu comme eux, j'aime à le croire, s'il m'avait fait l'honneur de me lire avant de me juger.

Mais M. Delasiauve n'avait pas besoin de me lire; sur ce seul énoncé : L'âme, le libre arbitre, il déclare que ce sont là des choses « qu'on peut *affirmer*, mais qu'on ne saurait *démontrer*, que ce sont là des inconnus que nul ne peut dégager. » Ce peuvent être d'heureuses « *conventions* au point de vue de la morale publique; l'homme de science ne saurait y voir des vérités. »

Il y a, messieurs, vous ai-je dit ailleurs, les démonstrations devant l'esprit, et les démonstrations devant les sens. Le fond de ces deux démonstrations est le même : c'est la reproduction des effets par les causes qu'on leur attribue; dès lors, le doute n'est plus possible à la bonne foi. Mais toute démonstration a ses conditions, chez celui qui la reçoit comme chez celui qui la fait. Si M. Delasiauve avait à démontrer l'existence du soleil physique, il dirait à ses contradicteurs : *voyez-le* paraître, suivre son cours et disparaître. Mais s'ils déclaraient ne pas vouloir ouvrir les yeux pour une chose qu'ils croient ne pas exister, il aurait encore la ressource de leur dire : à défaut du sens que vous n'avez pas ou que vous ne voulez pas ouvrir, vous pouvez encore constater, en les *sentant*, les effets de cette grande cause : vous ne sauriez nier la dif-

férence des effets comparés de l'été et de l'hiver, analogue à la différence entre la vie et la mort.

C'est la démonstration par la vie. Mais si le sentiment de ses contradicteurs se fermait comme leur sens, M. Delasiauve n'aurait-il pas raison de renoncer à les convaincre et de passer outre?

Eh bien! l'âme et la liberté sont un soleil moral, qu'on peut voir par l'esprit, sentir par le cœur et démontrer par ses effets présents ou absents, sur la vie individuelle, sur la vie sociale, tout aussi clairement que les effets vitaux du soleil physique, à la seule condition d'ouvrir et de tourner de ce côté un esprit réfléchi et un cœur droit. Mais il est encore plus dans la nature de ces rayons vitaux-là, de cet oxygène moral, de ne se donner qu'à qui y aspire. La démonstration par la vie ne saurait se faire au travers de poumons fermés ou paralysés. Rien n'est plus démontré, pour le penseur pieux, que la substantialité et la puissance de l'esprit, qui est le fond de ce soleil moral.

« L'étude des faits de folie avec conscience, dit encore M. Delasiauve, m'a fait reconnaître et aurait fait reconnaître à M. Fournet, qu'au moment de la perpétration de l'acte incriminé, aucun élément de ce qu'il appelle l'âme, ni la conscience, ni le jugement, ni la volonté n'y participent en rien, et que « c'est l'éréthisme cérébral qui fait *tout*. » « Ce n'est qu'après l'acte accompli que la conscience de sa morbidité revient au malade avec le souvenir. La conclusion logique et forcée de ces faits, nous dit M. Delasiauve, c'est la fatalité, l'irrésistibilité de l'impression morbide et l'irresponsabilité absolue du malade. »

Les analyses de faits dont mon travail est rempli, disent déjà si j'étudie les faits et avec quelle attention je les examine, Mes scrupules ont été jusqu'à n'admettre à ces analyses que des faits fournis par mes contradicteurs eux-mêmes.

Mais cette analyse peut être faite de deux points de vue différents : il est naturel que M. Delasiauve, dans ses préoccupations organiciennes, ne voie en scène que le cerveau et s'écrie : « L'éréthisme cérébral a *tout* fait » ; il est également naturel qu'à côté de l'éréthisme cérébral, que je ne nie point, je cherche et trouve un autre élément du problème; il y a en effet, dans les actes d'aliénation consciente, deux ordres de faits que M. Delasiauve n'observe pas et ne peut pas observer avec le même soin : le fait de l'action et le fait de la pensée.

Il nous assure que la pensée n'y est pour rien, qu'elle est complétement éteinte pendant le moment de l'action. Mais sur quoi se fonde-t-il pour mettre la pensée hors du débat? Sur le dire d'un intéressé à écarter la responsabilité que lui ferait la pensée, c'est-à-dire l'action consciente, et d'un intéressé qui sait être le seul témoin de ce fait tout intérieur! Supposons même la bonne foi du malade; est-ce bien au jugement d'un aliéné, et à sa vue sur lui-même, nécessairement troublée, surtout au moment du plus grand désordre de ses conceptions et de ses actes, qu'un homme de science doit s'en rapporter? le bon sens public, la justice de nos tribunaux, font-ils donc de l'accusé le juge absolu de sa cause? Sans vouloir récuser absolument son témoignage, je pense que la science a, ici, le droit et le devoir de contrôle. « La conscience du malade, nous dit-on, lui revient avec le souvenir. » Eh bien! c'est là, pour moi, une preuve de sa participation consciente à l'acte incriminé : on ne se rappelle que les agissements dont on a pris quelque conscience pendant l'action; c'est là une vérité fondamentale qu'on peut nier, mais qu'on ne saurait détruire. Le souvenir de son acte est donc, chez le malade, le témoignage d'un certain degré d'état conscient au moment même de l'acte.

D'ailleurs, ce raptus subit, inconscient et incoercible dites-vous, qui entraîne le malade dans l'action comme un torrent, comme l'*aura epileptica* l'entraîne dans la convulsion, sans aucune lueur de conscience sur lui-même, peut bien être vrai quelquefois, par exemple dans la folie épileptique, mais beaucoup plus rarement que vous ne le supposez. L'analyse soigneuse des observations de nos recueils nous montre quantité d'autres faits dans lesquels la conscience et la volonté de l'insane, présentes, mais tantôt passives, tantôt complaisantes, laissent s'accomplir une évolution morbide qu'elles auraient pu arrêter à ses débuts, si elles avaient « veillé, prié et agi. » Je vous accorde, même ici, des circonstances très-atténuantes; mais vous ne sauriez non plus méconnaître, dans ce cas, un certain degré de responsabilité proportionnelle aux facultés.

Enfin, nous ne saurions borner les investigations de la science et de la justice au seul moment de l'action. Ce moment n'est qu'un effet dont les causes peuvent être antérieures; et le droit et le devoir du médecin, comme du magistrat sont de remonter partout des effets aux causes. Si les incuries du malade, ses inerties morales, son abandon journalier aux

premières suggestions du caprice et de la passion, si les pentes de l'habitude creusées chaque jour par lui-même, ont préparé la scène actuelle, je ne vois pas pourquoi on ne lui ferait pas, avec indulgence, soit, mais avec le sentiment de la justice et de la dignité humaines, la responsabilité qu'on fait journellement à l'homme qui, par ses négligences, a préjudicié à l'intérêt d'autrui ou à l'intérêt social. On est coupable de se placer volontairement sur les pentes de l'insanité et de la folie et sur les voies de leurs conséquences.

Le bon sens de M. Delasiauve aurait certainement reconnu ces vérités, si son préjugé doctrinal ne leur faisait éclipse. Comment, en effet, pourrait-il reconnaître un certain reste de libre arbitre et de responsabilité à l'*aliéné conscient*, à l'insane, quand il les refuse à l'homme lui-même dans les conditions ordinaires de la vie ! Ne trouvons-nous pas dans nos procès-verbaux, dans nos annales, ses franches négations du libre arbitre qui ne serait qu'une vaine convention, et aujourd'hui même ses assentiments et ses admirations pour ces vers malheureux de Béranger :

« Ce pantin se croit libre ;
Mais du destin, l'homme ici-bas
N'est que la marionnette »

Que cette vie de polichinelle convienne et suffise à beaucoup de grands et de vieux enfants, comme aux petits enfants de la vie, je n'en disconviens pas. Mais l'homme, l'homme véritable a d'autres destinées : il est ou doit être le libre allié de Dieu, dans le règne et le gouvernement des lois de la vie.

Sous l'empire de ce fatalisme qu'on retrouve partout dans ses travaux sur l'aliénisme, comme dans la plupart des travaux modernes sur le même sujet, M. Delasiauve croit voir, dans les circonstances atténuantes reconnues par la loi, la trace, la preuve des doutes du législateur sur le libre arbitre. C'est encore là un effet d'optique doctrinale : en introduisant les circonstances atténuantes dans la loi pénale, le législateur n'a visé que la difficulté qu'a « la sagesse humaine toujours courte par quelque endroit » (Bossuet), de pénétrer, d'apprécier exactement la vie intérieure de l'accusé, c'est-à-dire de mesurer avec une justice absolue, la somme de facultés, le degré d'intention, de libre arbitre, qu'il a mis dans son acte. Les circonstances atténuantes sont donc une certaine amplitude offerte aux actions et aux appréciations hu-

maines, et par cela même une sorte de mesure du libre arbitre humain.

Le libre arbitre, avec ses responsabilités proportionnelles, reste donc la base immuable de tous nos jugements.

PLUSIEURS MEMBRES contestent que la liaison du souvenir et de la conscience ait la valeur d'un critérium.

M. BAILLARGER craint que la discussion ne tende à dévier. Dans le principe, dit-il, nous nous proposions d'étudier un état particulier de délire parfaitement déterminé, et j'étais loin de penser que la psychologie pût prendre, dans la discussion, une place aussi prépondérante. A mon avis, il s'agissait avant tout d'une étude clinique.

M. FALRET fait remarquer que la question ayant été présentée sous un aspect général, les arguments tirés de la psychologie étaient en droit de se produire; mais qu'il avait eu surtout l'intention d'appeler les recherches de la Société sur le côté clinique du problème.

Existe-t-il des aliénés avec conservation de la conscience de leur état?

Si cette forme mentale est une réalité, quelles variétés présente-t-elle?

Quel traitement convient-il de lui opposer?

A quelles déductions médico-légales se prête-t-elle?

Telles sont les quatre questions qu'il importerait surtout d'aborder.

M. LUNIER : Le sujet est essentiellement clinique. L'immixtion de la psychologie dans le débat aurait pour effet de l'éterniser et de rendre les conclusions inaccessibles.

M. FOURNET : MM. Baillarger, Falret, Lunier, trouvent que la psychologie a pris beaucoup trop de place dans la discussion et qu'elle tend à absorber un débat dans lequel « elle n'est pas en cause » et dont « elle ne pourrait que rendre les conclusions inaccessibles et peu pratiques; » ils demandent en conséquence qu'on se borne à faire de la clinique, à recueillir des faits, à en juger le caractère, et à rechercher les solutions thérapeutiques et médico-légales que comportent ces faits. On verra plus tard, disent-ils, à constituer un corps de doctrine avec ces faits.

Mais, Messieurs, rien de tout ce qu'on se propose là n'est possible sans une doctrine; ce ne sont pas les faits qui nous manquent, la vie en regorge et nos recueils en sont pleins. Ce qui nous manque, c'est une boussole pour nous diriger

dans ce dédale des faits, c'est une lumière pour en éclairer le caractère, en suivre les filiations et en déduire les conséquences thérapeutiques et médico-légales. C'est précisément cette boussole que je vous ai présentée sous le nom de normale, et c'est cette lumière que vous repousseriez dans la psychologie, aussi indispensable en clinique mentale que la physiologie l'est en clinique purement organique! vous-mêmes, vous ne faites et vous ne sauriez faire un pas dans l'examen et les solutions de ces questions, sans faire, inconsciemment à ce qu'il paraît, de la psychologie. Qu'on s'applique à extraire, de cette carrière qu'on appelle la clinique, de nouvelles pierres, c'est-à-dire de nouveaux faits, j'y consens et j'y concours volontiers; mais est-ce bien là une raison pour écarter dès aujourd'hui, de ce chantier de la science, tout architecte et toute architecture scientifiques? Un grand et solide édifice scientifique ne se fait pas d'un seul jet; c'est une œuvre séculaire comme nos anciennes basiliques; il faut que chaque génération de penseurs lui apporte son idée et son assise; la société médico-psychologique ne saurait accepter un autre rôle.

D'ailleurs, la psychologie n'a, ici, aucune des prétentions absorbantes qu'on lui suppose si volontiers; il serait bien plus vrai de dire que c'est elle qui est en danger d'être absorbée par l'organicisme. Mais cela ne la rend pas injuste et encore moins exclusive. Elle ne cesse en effet de vous répéter que la physiologie est sa compagne, sa compagne inséparable; et vous la voyez, dans tout le cours de ce travail, s'empresser, dans l'intérêt même de la solution des problèmes, de reconnaître et de préciser la part des prédispositions nées de l'hérédité, la part des incitations émotives, des impulsions instinctives, des surexcitations organiques, des éréthismes du moment, etc.

M. Delasiauve. Je ne conçois pas cette ardeur avec laquelle, éliminant de nos discussions la psychologie, MM. Baillarger et Lunier voudraient nous renfermer dans le cercle de la clinique pure. Cette prétention, je le sais, et M. Jules Falret vient de nous en fournir encore la preuve, domine dans les errements de la Société. Constamment, on jauge la valeur des travaux qui nous sont adressés à cet unique étalon. Ce mode d'appréciation comporte, à mon sens, un danger véritable et n'a pas peu contribué, malgré l'abondance et la distinction des œuvres prises en soi, à enrayer le progrès de la science mentale et à la maintenir dans une fâcheuse ornière.

M. Lunier nous objecte que tout a été dit en fait de psychologie et qu'on peut, à cet égard, consulter les *Annales*. Il ne paraît guère qu'on se livre à cette recherche, car nous ne voyons pas que, depuis une trentaine d'années, il se soit opéré, pour la plupart d'entre nous, aucune révolution dans les doctrines.

Qu'est la clinique? une base d'observation, pas autre chose. Elle fournit les symptômes, la marche et l'issue des maladies. Elle ne les fait point comprendre. Ce qui donne aux symptômes leur valeur, c'est l'interprétation qui les convertit en signes. Or, quels sont les faits soumis à l'analyse, sinon des faits psychologiques? Il faut qu'à chaque minute intervienne la psychologie; autrement ce serait se servir d'une lanterne dont la bougie ne serait point allumée. L'abus, il est vrai, voile aisément l'usage. Mais, précisément, le goût consiste, en se familiarisant avec l'un, à se garantir de l'autre.

M. Baillarger : L'ordre des faits qui doit nous occuper est plus circonscrit qu'on ne semble le croire.

L'état morbide soumis à notre analyse diffère de l'aliénation ordinaire en ce que les malades ont conscience de leur état. Les cas particuliers publiés jusqu'à ce jour sont malheureusement peu nombreux. Il serait utile que chacun apportât les exemples qu'il a été en mesure d'observer.

De l'examen comparatif de ces observations pourrait sortir un corps de doctrine homogène.

M. Delasiauve possède un grand nombre de faits de cet ordre qui lui sont personnels.

M. Fournet, de son côté, soumettra volontiers à la Société ceux qu'il a observés; mais, dans l'abondance des faits, il attache encore plus d'importance à leur bonne observation et à leur analyse.

Le mariage des aliénés.

M. Legrand du Saulle, après avoir rappelé dans quelles conditions et à propos de quelle espèce M. Billod a demandé l'avis de la Société, passe rapidement en revue les bases fondamentales de tout contrat et insiste principalement sur les aptitudes mentales requises pour pouvoir contracter mariage. D'après l'article 146 du code civil, il n'y a point de mariage s'il n'y a pas de consentement.

La loi romaine s'opposait au mariage du *mente captus* d'une

manière absolue, mais elle permettait au *furiosus* de se marier, lorsqu'il était en possession d'un intervalle lucide.

L'ancien droit romain autorisait la fille du fou à se marier, parce que les enfants à naître se trouvaient sous la puissance du mari, et, à son défaut, sous la puissance du père du mari, mais il interdisait le mariage du fils du fou, car l'on ne pouvait pas imposer au fou des héritiers siens (*hæredes sui*). C'est Justinien qui abrogea cette disposition sévère, et, à partir de l'époque Justinienne, le fils du fou put se marier.

Zacchias ne voyait aucun inconvénient au mariage du fou, pendant un intervalle lucide bien constaté. Celui qui attaquait ce mariage, devait prouver la folie au moment de la célébration; le défendeur, au contraire, avait à démontrer qu'au moment de la célébration, il était en possession d'un intervalle lucide : *onus probandi sanam mentem incumbit alleganti.*

En Allemagne, aujourd'hui, où l'expertise médicale est élevée à la hauteur d'une véritable institution, comment procède-t-on au mariage des sourds-muets ? On fait constater pour chaque cas, par une commission officielle d'experts, s'il y a bien réellement consentement de la part de ceux qui se proposent de contracter mariage, et selon les conclusions des experts, le mariage est accordé ou rejeté.

M. Legrand du Saulle, revenant ensuite à l'examen du cas soumis à la Société par M. Billod, énonce ce fait qu'en France, à l'époque actuelle, les jurisconsultes s'accordent généralement à regarder comme valable tout mariage, *avant l'interdiction*, qui aurait été contracté pendant un intervalle lucide.

Si le malade de l'asile de Vaucluse traverse en ce moment une période très-nette de rémission et s'il est capable d'exprimer une volonté libre et réfléchie, il peut donc épouser sa maîtresse et légitimer ses trois enfants naturels. Que M. Billod demande sa sortie et le mariage se célébrera au dehors.

Il y a plus : le mariage peut même être célébré dans l'intérieur de l'asile.

M. Legrand du Saulle cite, en terminant son discours, le cas de Pierre Suche, épileptique-aliéné de l'asile de Montpellier, que Rech a laissé marier et qui a fini par se suicider, et le cas de la malade de M. Rota, que l'officier de l'état civil est allé marier dans l'intérieur de l'asile privé de Picpus, à Paris, il y a deux ans, après une expertise médico-légale très-finement conduite par M. Motet.

Toutes les difficultés relatives au mariage peuvent être

levées par le procureur de la République de l'arrondissement. Dans l'espèce, c'est le chef du parquet de Corbeil qui doit permettre ou défendre le mariage du malade de M. Billod, et notre honorable collègue ne doit intervenir que pour donner son appréciation sur l'état mental de son pensionnaire. Le reste doit se passer en dehors de lui. Nulle responsabilité ne saurait l'atteindre. Sa conscience de médecin est seule en jeu.

La séance est levée à 6 h. 1/4.

Dr COLLINEAU.

Séance du 20 décembre 1875. — Présidence de M. BLANCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté avec la rectification suivante :

M. FALRET a fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Compte rendu de l'exercice de l'asile de convalescence des aliénés pour l'année* 1874-1875.

Correspondance.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre par laquelle M. Billod s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Nomination d'un membre associé étranger.

M. MOTET, dans un rapport verbal, présente à la Société médico- psychologique la candidature de M. le Dr Masoin, professeur à l'Université de Louvain.

Au mois de juin dernier, M. le Dr Masoin, professeur à l'université de Louvain, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, sollicitait l'honneur de devenir membre associé étranger de la Société médico-psychologique. La commission que vous avez nommée, composée de MM. Billod, Lucas et Motet, après avoir examiné les travaux que l'honorable M. Masoin vous adressait à l'appui de sa candidature, vient vous rendre compte de l'enquête toute scientifique à laquelle elle s'est livrée.

M. le Dr Masoin vous a envoyé une série de publications des plus intéressantes. Les unes se rapportent à la physiologie du système nerveux, les autres à l'aliénation mentale, soit qu'elles traitent d'un point spécial, soit qu'elles traitent plus particulièrement de l'assistance et de la législation des aliénés.

Dans tous ces travaux, votre Commission a été heureuse de rencontrer les qualités les plus sérieuses, et elle a été unanime à vous prier d'accorder à M. Masoin le titre qu'il sollicite de vous.

M. Masoin est élu, à la majorité des voix, membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris.

Proposition relative la bibliothèque de la Société.

M. Dally propose de demander à M. le Doyen de vouloir bien mettre une salle à la disposition de la Société médico-psychologique, pour y loger sa bibliothèque, lorsque les projets de nouvelle installation de l'École pratique seront réalisés.

La proposition est adoptée.

Vérification des comptes.

MM. Collineau et Legrand du Saulle sont désignés par la Société pour la vérification des comptes de M. le trésorier.

Le mariage des aliénés.

M. Lunier. Je ne veux pas, Messieurs, discuter la question à fond; elle touche à des intérêts trop graves pour être traitée ainsi incidemment; je me contenterai donc de présenter quelques courtes observations.

M. Billod a consulté la Société sur la question de savoir si un médecin d'asile devait faciliter le mariage d'un individu placé dans son service, alors que ce mariage constituait un acte de moralité.

Les termes de la loi sont formels : tout acte fait par une personne placée dans un asile peut être attaqué pour cause de démence, et je ne connais pas d'exemple d'un acte accompli dans de pareilles conditions, qui ait été validé par un tribunal, lorsque l'annulation en a été demandée. Et cependant il n'est pas rare de rencontrer des alienés séquestrés ou non, qui sont en état d'accomplir des actes, de contracter des engagements moralement valables. Mais si les médecins n'ont aucun doute à cet égard, il n'en n'est pas de même du public, et je parle ici du public intelligent, dont l'opinion n'est pas à dédaigner. Aussi quand il s'agit d'actes d'une certaine importance, qui ne sont pas de pure forme, si je puis m'exprimer ainsi, dans des circonstances analogues, par exemple, à celles qu'a signalées M. Billod, serais-je d'avis, pour éviter toute espèce de diffi-

cultés et en même temps, pour ne pas entraver l'accomplissement d'un acte éminemment moral, de faire sortir le malade de l'asile, en supposant toutefois qu'il soit en état de comprendre la portée de l'acte qu'on veut lui faire faire.

M. Legrand du Saulle. J'ai de très-grandes réserves à faire, au point de vue juridique, sur quelques-unes des opinions que M. Lunier vient d'émettre. Pour lui, tout mariage contracté par un malade dans l'intérieur d'un asile d'aliénés, même pendant l'intervalle lucide le mieux constaté, est nécessairement nul, et pour démontrer sa proposition, il s'appuie sur l'article 39 de la loi du 30 juin 1838.

Il est parfaitement vrai qu'aux termes de cet article, les actes faits « par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ou demandée, pourront être attaqués pour cause de démence », et que l'action en nullité pourra s'exercer pendant le délai de dix ans ; mais la nullité des actes ainsi faits n'a pas lieu de plein droit. Que l'aliéné non interdit puisse demander la nullité des actes qu'il a passés avec des tiers, alors qu'il était retenu dans un établissement public ou privé, je le veux bien, mais le tribunal peut en prononcer la validité toutes les fois que la preuve de la démence ne lui a pas été suffisamment fournie. « Les magistrats, a dit Demolombe, prononceront en considérant toutes les circonstances dans lesquelles l'acte aura été passé, et surtout le caractère de l'acte lui-même, suivant qu'il sera d'administration seulement, ou de disposition à titre gratuit ou à titre onéreux, et enfin suivant le préjudice plus ou moins considérable qu'il causera à l'aliéné. » Donc, d'après l'article 39 de la loi du 30 juin 1838, le mariage ne serait pas nécessairement nul.

Passant d'un exclusivisme aussi radical à tout un programme de libertés tolérées, M. Lunier nous a dit qu'il ne voyait pas un grand inconvénient à laisser des aliénés séquestrés dans un asile faire acte de capacité civile, à l'occasion de faits peu importants, tels que le consentement du mariage d'un fils ou d'une fille, la passation d'une procuration à l'épouse, l'autorisation de signer un bail, etc.

Notre honorable collègue nous a dit qu'il avait prêté les mains à des affaires de ce genre, dans l'intérieur de l'asile ; que tous les chefs d'établissements simplifiaient de la sorte des formalités fastidieuses et qu'il était souvent tout à fait indispensable de solliciter et d'obtenir la signature d'un malade,

dans l'intérêt de la femme, des enfants, de la continuation d'un commerce ou de la location d'un appartement, et en général pour toutes les affaires de *second ordre*.

En ce qui me concerne, je tiens à déclarer que je me suis toujours sévèrement opposé à ce que l'un des aliénés de mon service donnât la moindre signature; que j'ai contribué à établir dans les parloirs de Bicêtre tout un système de surveillance excessive, à ce point de vue particulier, et que mon surveillant en chef a suivi là-dessus mes instructions avec la dernière rigueur, depuis neuf ans. Si j'ai eu tort, ce qui reste à démontrer, je me demande d'abord comment il est possible de violer au grand jour une loi que l'on a la mission d'exécuter fidèlement, et je me demande ensuite à quel signe on peut reconnaître qu'une affaire n'est que de second ordre. Quelle est donc la frontière qui sépare pour les aliénés les intérêts d'un ordre majeur et ceux d'un ordre inférieur? Sans doute, si un aliéniste très-exercé, comme M. Lunier, par exemple, était juge chaque fois de la difficulté, nous pourrions, tout en regrettant la complète illégalité des mesures prises, nous en remettre les yeux fermés à sa sagesse et à son honneur, mais notre collègue n'ignore pas qu'un médecin absolument incompétent peut tout à coup être placé à la tête d'un grand service d'aliénés. Donc, il n'est pas possible d'encourager l'arbitraire.

M. Lunier a manifesté une inquiétude. Si le mariage d'un aliéné, vous a-t-il dit, venait à se célébrer dans l'intérieur d'un asile, que dirait le public? Quelle opinion se ferait-il sur le médecin qui aurait provoqué ou permis l'accomplissement dans de telles conditions d'un acte aussi grave? Que le médecin demande la sortie de son malade et que le malade se marie au dehors : cela sera bien plus simple.

Je répondrai à notre honorable collègue que le médecin n'a jamais à se préoccuper de ce qu'un public ignorant, oisif, moqueur, jaloux ou malveillant, pourra penser et dire de lui. En ne sortant pas des plus strictes limites du devoir professionnel, en ne suivant que les lumineuses indications de la science et en n'obéissant qu'aux plus pures inspirations de la conscience, nous nous élevons avec indépendance et fierté au-dessus du public et nous étouffons du même coup et ses passions malsaines et ses sottes clameurs. Si impopulaire que soit une vérité, le médecin ne doit pas hésiter à l'exprimer. Le courage est son lot. Son attitude doit être la même, soit qu'il se trouve sous le feu de l'ennemi, au milieu de varic-

leux, de cholériques ou de pestiférés, soit qu'il se trouve en face d'une population affolée qui réclame l'échafaud pour un prétendu criminel, ou d'hommes incompétents qui méprisent la vérité psychologique. Périls, attaques ou critiques, il doit tout braver, dès qu'il a un devoir à accomplir et une vérité à proclamer. C'est le public alors qui finit par comprendre et par s'incliner.

Mais, dans l'espèce, la responsabilité du médecin est-elle donc aussi énorme? En aucune façon. Il n'est consulté par le parquet que comme expert et on ne lui demande son opinion scientifique que sur l'état mental d'un malade et sur le degré actuel de capacité civile de ce malade. Quant à la décision, elle est prise en dehors de lui. Le procureur de la République de l'arrondissement autorise ou rejette le projet de mariage, et s'il y avait une responsabilité à encourir, elle incomberait tout entière au magistrat. Quoi qu'il puisse arriver, le médecin est couvert.

J'arrive maintenant à l'examen des faits analogues antérieurement observés.

1° Pierre S..., sergent du génie, se trouvait à Lyon, en 1831, au moment des troubles politiques. Saisi par une troupe d'ouvriers qui voulaient le jeter dans le Rhône, il éprouva une violente émotion et devint sujet à des attaques d'épilepsie. En 1844, étant alors en retraite à Montpellier, il eut un accès de fureur ; il se précipita dans une rue et désarma une sentinelle. Au mois de mai 1846, en proie à un nouvel accès de fureur, il s'arma d'un couteau, fit à plusieurs personnes inoffensives des blessures très-graves, et fut placé dans l'asile des aliénés du département de l'Hérault.

Pierre S..., vivait avec une femme dont il avait eu un enfant et il désira légitimer ce dernier par un mariage.

Le docteur Rech, médecin de l'asile, fit un certificat et constata que l'aliénation mentale n'était pas continue ; que pendant les intermissions, assez longues d'ailleurs, la raison était entière, et l'autorité civile procéda au mariage.

Le 21 mars 1850, au moment où le dîner sonnait, à cinq heures du soir, Pierre S... eut une attaque près de son lit: un oreiller fut placé sous sa tête et le malade resta seul un instant, pendant que l'on conduisait les aliénés au réfectoire. Quelques minutes après, un infirmier étant venu le prendre, le trouva grièvement blessé. Pierre S... s'était frappé vers le milieu de l'abdomen avec un petit couteau de poche. Tout près

de lui, par terre, se trouvaient quelques mètres d'intestin complétement détachés. La mort survint le lendemain.

2° Au mois de décembre 1873, une veuve M..., née M..., âgée de soixante-deux ans, diabétique, opérée d'une cataracte double, hémiplégique à gauche, affaiblie intellectuellement et gâteuse, se trouvait placée dans l'asile privé du docteur Rota. Un sieur G... avait vécu maritalement avec elle, et en avait eu une fille. Pour légitimer cette fille et lui laisser légalement toute sa fortune, il demanda à épouser la veuve M., et adressa à cet effet une requête à M. le procureur de la République près le tribunal de première instance de la Seine et un certificat favorable du docteur Rota.

Le chef du parquet délégua notre honorable collègue, M. Motet, qui, dans une pièce médico-légale d'un grand intérêt et que nous avons tous lue dans le n° de mai 1874 des *Annales médico-psychologiques*, conclut à la possibilité du mariage projeté. Le procureur de la République autorisa.

Le maire s'est transporté dans l'asile de la rue Picpus, et là, muni de ses insignes et en présence de témoins, il procéda à la célébration du mariage.

Et maintenant en face de l'espèce nouvelle qui a donné lieu à cette discussion, pourquoi n'autoriserait-on pas le mariage du paralytique de l'asile de Vaucluse et la légitimation de ses trois enfants naturels, s'il est cliniquement démontré que le malade est dans une période très-franche de rétrocession pathologique, que la rémission est de bon aloi et que la volonté du futur époux peut se manifester sainement et librement? J'ai l'honneur d'affirmer à la Société qu'aucun texte de la jurisprudence française ne s'y oppose.

M. Motet fait remarquer que l'art. 33 de la loi a en vue la sauve-garde des intérêts de l'aliéné dans les asiles privés.

L'admission brusque d'un aliéné riche dans un asile peut laisser en souffrance des intérêts considérables, surtout si on lui interdit du jour au lendemain l'autorisation de signer.

M. Motet pense qu'en pareille circonstance on peut autoriser le malade à apposer sa signature à une procuration restreinte avec le concours d'un notaire à la condition que le libellé de la procuration spécifie l'objet déterminé en vue duquel elle est délivrée, à la condition que le malade ait conscience de la portée de l'acte qu'on réclame de lui.

M. Blanche n'est pas partisan de procédures semblables. Il

a recours plus volontiers à l'institution d'une administration provisoire qui peut se régulariser très-vite.

M. Falret appelle l'attention sur l'article 36 trop peu connu, et trop rarement appliqué de la loi. En permettant de nommer un mandataire d'office pour des circonstances spéciales, cet article 36 simplifie singulièrement aux yeux de M. Falret, la gestion des affaires des aliénés.

La séance est levée à 6 heures un quart. Dr Collineau.

Séance du 27 décembre 1875. — Présidence de M. Blanche.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Legrand du Saulle. Je rappellerai à la Société que l'an dernier, j'ai déposé la photographie d'un aliéné qui dans un état demi-cataleptique prolongé, fut alimenté au moyen de la sonde œsophagienne : cet homme, pendant plusieurs mois, a subi des cathétérismes dont le nombre s'est élevé à 733; il se trouve fort bien aujourd'hui.

M. Berthier : Ces résultats ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Je citerai entre autres exemples de ma pratique, celui d'un cordonnier dont l'histoire a été rapportée en détail dans le *Journal de médecine mentale* et qui après dix-sept mois d'une hibernation singulière, est revenu à la santé et a repris ses travaux.

M. Blanche : Ces faits démontrent qu'une alimentation bien conduite peut en certaines circonstances, et même dans ces conditions, prolonger la vie de ces aliénés, qui ne sont pas endormis, mais stupéfiés, et leur donner ainsi le temps de récupérer leurs forces, d'arriver à guérison.

Le mariage des aliénés.

A propos du procès-verbal, une discussion s'engage entre MM. Blanche, Lunier, Legrand du Saulle, Falret, Motet et Delasiauve, au sujet de la validité des actes signés par des aliénés séquestrés. « Leur signature a-t-elle une valeur, en matière civile? — Si, oui, quels sont les degrés de leur capacité civile ? Doit-on, ou ne doit-on pas autoriser ces malades à donner leur procuration ! — Jusqu'à quel point peut-on admettre leur responsabilité, lors des époques d'intermission ou de rémission? — Si l'entrave apportée aux affaires par l'absence de l'intéressé est capable de causer de graves préjudices, la perte de la fortune, les opérations les plus dangereuses, les abus les plus criants, la ruine même, n'ont-ils pas été aussi

la conséquence de l'intervention d'une main étrangère, plutô de sa substitution, dans des cas semblables ou analogues!

Des opinions différentes sont émises par plusieurs membres de la Société.

Toutefois la discussion peut se résumer en ces termes : trois opinions en présence se sont fait jour, — l'une, soutenue par M. Lunier qui, d'accord avec M. Delasiauve, prétend que les aliénés séquestrés sont capables de donner leur consentement pour des actes d'une importance secondaire, — l'autre, appuyée par MM. Legrand du Saulle et Blanche, qui affirme que cette approbation, contraire à la loi, est inadmissible, dans tous les cas, — la troisième, de conciliation, celle de M. Motet, partagée par M. Falret, trouve que la vérité serait entre les extrêmes, qu'il ne faudrait pas trancher la question d'une façon absolue, que chaque cas doit être étudié individuellement, que la pratique n'est pas toujours aussi facile que la théorie, et que, tout en restant très-sévère sur ces autorisations, il pourrait se présenter des dérogations à la règle, laquelle doit être le refus, de la part des médecins directeurs d'asile, de laisser signer par leurs malades des actes dont la loi dit que la validité « peut être contestée. »

Rapport sur les comptes du trésorier.

M. Legrand du Saulle : La commission chargée de vérifier l'état des finances de la Société s'est réunie au domicile du trésorier et a passé la scrupuleuse inspection des comptes.

Au 1er janvier 1875, l'encaisse de la Société était de	3,835 fr.	80 c.
Les recettes de l'année 1875 se sont élevées à	1,012	30
Total.	4,848	10
En ajoutant à cette somme le produit d'intérêts divers	57	30
Nous arrivons au total général de	4,915	40
Les dépenses se sont élevées à	659	50
Reste donc en caisse, au 24 décembre 1875.	4,255	90

Quant à la caisse spéciale provenant de la donation Aubanel, voici quelle en est la situation :

En caisse, au 1er janvier 1875	2,597 fr.	45 c.
Intérêts de la somme de 16,000 pendant l'année 1875	800	
Total.	3,397	45
Dépenses (Prix Aubanel)	2,400	
Reste au 24 décembre 1875	997	45

La commission a relevé çà et là quelques créances en souffrance, mais elle pense qu'il y a lieu d'accorder du temps aux retardataires et elle n'a point à vous proposer, quant à présent du moins, l'application sévère du règlement. Elle regrette, d'autre part, que les diplômes des membres titulaires et des membres correspondants élus depuis trois ans n'aient pas encore été expédiés et que les droits n'aient point été perçus. Sous la réserve de cette critique, la commission n'a pu qu'admirer l'excellente tenue des écritures de notre trésorier et, en votre nom, elle les a approuvées.

Je demande maintenant à faire ici une observation toute personnelle. J'ai parlé d'Aubanel et de sa libéralité vis-à-vis de nous, et je m'étonne que l'éloge de cet aliéniste si honorable, et si distingué, de ce médecin-légiste si accompli et du bienfaiteur perpétuel de la Société médico-psychologique, n'ait pas encore tenté la plume si littéraire de notre honoré secrétaire général. Nous avons entendu jusqu'à présent des éloges de collègues éminents et regrettés et nous avons tous été heureux du solennel hommage rendu à ces chères mémoires, mais n'oublions donc plus Aubanel, étudions cette grande figure et ce beau caractère, et donnons à la digne veuve du savant médecin en chef de l'asile de Marseille cette douce satisfaction et cet orgueil mérité d'assister à l'entérinement par la Société médico-psychologique des lettres de noblesse scientifique d'Aubanel. Je fais sincèrement appel à tous vos sentiments d'équité et de reconnaissance et quelque chose me dit que vous voudrez bien agréer la proposition sympathique et émue que j'ai en ce moment l'honneur de faire à la Société.

En dernière analyse, la commission des finances est d'avis qu'il y a lieu de voter des remerciements à M. le Dr A. Voisin, trésorier, pour le soin qu'il apporte dans la gestion de nos recettes et de nos dépenses.

M. le Président, au nom de la Société, remercie le trésorier pour le soin avec lequel il a administré ses deniers; mais se permet d'élever quelques doutes au sujet de la proposition relative d'un nouveau prix Aubanel. Tout le monde est d'accord pour honorer la mémoire de ce savant et regretté confrère; mais n'y a-t-il qu'un moyen de le faire, ne peut-on pas prononcer son éloge, et, comme l'a insinué le docteur Loiseau, mettre en tête de cet éloge un fac-simile qui en gravera le souvenir dans le cœur des générations qui nous succéderont?

Quant aux bénéfices réalisés sur les fonds du legs de l'excellent aliéniste de Marseille, une commission spéciale en déciderait l'emploi.

Ces paroles sont accueillies favorablement par la Société, qui charge MM. Legrand du Saulle, Dally, Dagonet, Loiseau et Brierre de Boismont, de résoudre la question.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend une *notice sur la vie et les œuvres du Dr Fossati*, ancien président de la Société phrénologique de Paris, brochure in-8° de 30 pages, présentée par le Dr Belhomme, membre fondateur de la Société médico-psychologique de Paris.

Rapport de candidature.

M. Dally rappelle que M. le Dr Parant, médecin de l'asile privé de Toulouse, a sollicité le titre de membre correspondant. M. Parant est auteur d'un mémoire très-intéressant, et qui restera dans la science, sur la *possibilité des suppléances cérébrales*; la Société d'anthropologie en a fait le plus grand cas : la nomination de ce confrère serait une acquisition heureuse. La Commission, chargée d'analyser ce travail, a été unanime pour appuyer la candidature de cet honorable confrère.

M. Parant est nommé membre correspondant, à l'unanimité.

Renouvellement du bureau.

Le dépouillement des votes donne les résultats suivants, pour la constitution du bureau pendant l'année 1876 :

Nomination d'un vice-président.

Nombre des bulletins 20.

M. Billod obtient 12 voix.

M. Lucas 7

Bulletin blanc 1

M. Billod, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président de la Société pour 1876.

Nomination d'un secrétaire général.

M. Motet obtient 16 voix.

M. Bouchereau 1

M. Cotard 1

M. Motet est prorogé dans ses fonctions.

MM. Collineau et Bouchereau sont élus secrétaires annuels.

Le comité de publication est composé de MM. J. Falret, Dagonet et Peisse.

Le conseil d'administration est ainsi constitué : MM. Blanche et Loiseau, adjoints au bureau.

M. le Président propose de nommer le trésorier par acclamation.

M. Voisin accepte, à condition qu'on s'occupera de trouver une salle de bibliothèque, où tant de ressources seraient utilisées au profit de la spécialité. M. Dally, qui a prévu l'observation, a déjà réclamé dans ce sens. Il y a eu cent mille francs votés pour le musée Dupuytren ; il serait bon que la Société se mît sur les rangs pour profiter des installations nouvelles qui vont être créées. Une démarche auprès du doyen de la Faculté pourrait être faite dans ce but. M. Loiseau approuve cette démarche : « Si toutes les Sociétés savantes s'entendaient, elles exerceraient, j'en suis sûr, dit-il, une pression très-fructueuse sur le Conseil général. » C'est également l'avis de M. Delasiauve qui rappelle que, pendant les dernières années de l'administration de M. Haussmann, une souscription avait déjà été commencée dans le but d'arriver à la création d'une bibliothèque générale et à l'achat d'un local approprié.

La séance est levée à 6 heures.

Dr Berthier.

REVUE ANTHROPOLOGIQUE.

I. *Influence du travail intellectuel sur le développement du cerveau.* — II. *Le prognathisme et l'indice prognathique.* — III. *Du transformisme à propos de l'homme tertiaire.* — IV. *La faculté du langage et le centre phono-moteur.* — V. *L'homme-chien et le rossignol à deux têtes.* — VI. *De l'origine des différentes races humaines.* — VII. *Des méthodes et des instruments crâniométriques.*

I

A la fin de notre dernière revue anthropologique, en rendant compte des bulletins de la Société pendant les années 1871 et 1872, nous avons parlé d'un mémoire où M. Broca avait donné les tableaux détaillés des mensurations crâniométriques faites par lui, en 1861, à l'hospice de Bicêtre, lorsqu'il était chirurgien de cet établissement, et dont il n'avait, précédemment, fait connaître que les résultats. Ces résultats, on se le rappelle, établissaient que le travail intellectuel a pour effet de développer la partie antérieure du cerveau, c'est-à-dire le siége principal des facultés supérieures, en même temps que d'en restreindre la partie postérieure, qui paraît être plus spécialement affectée aux instincts et facultés d'ordre inférieur. La preuve en était fournie par la comparaison d'une série de crânes d'élèves en médecine, nommés au concours, par conséquent de jeunes gens ayant l'habitude des travaux intellectuels, avec une série de crânes d'infirmiers qui n'ont pas les mêmes habitudes d'étude et de réflexion. Dès la première séance de 1873 (2 janvier, p. 12 du Bulletin), M. de Jouvencel revint sur la même question, pour montrer, en termes élevés, les conséquences moralisatrices auxquelles se prêtaient de semblables constatations scientifiques ; il s'appliqua principalement à faire ressortir l'enseignement qu'elles offrent à la jeunesse, l'encouragement puissant qu'elles lui fournissent pour s'adonner de tout cœur à l'étude, puisqu'elle doit y trouver, en même temps, les moyens de se perfectionner pour le bien et de détourner d'elle les tentations à faire le mal.

« Désormais, ajoute M. de Jouvencel, l'adolescent ne saura » pas seulement que la puissance de l'esprit est, en définitive,

» le plus fort levier des humains — vérité qui, présentée seule » ou accompagnée de vagues exhortations au travail, pouvait » paraître désolante pour le jeune ambitieux, capable de me- » surer la médiocrité de son intelligence, le néant de ses » forces et l'avidité de ses appétits — il saura que le cerveau » se développe jusqu'à l'âge mûr, et qu'à partir de l'adoles- » cence, il a devant lui vingt ans et plus pour élever son front, » armer sa pensée, développer son esprit, s'égaler aux forts, et » monter pas à pas l'escalier invisible et sûr.

» Il saura de plus que chaque degré franchi par lui, l'élève » au-dessus des embûches que les facultés instinctives tendent » autour de nous, dans la jeunesse.....

» Ainsi, la science du physiologiste, la science de l'anato- » miste, le compas et le scalpel tant accusés sont capables, » non pas seulement de conclusions contestables, mais de » démonstrations positives dans l'ordre des vérités morales...

» Jusqu'ici les données morales apparaissaient comme des » assertions souvent dénuées de preuves immédiates et dont » une longue discussion, incessamment reprise à travers les » âges, et appuyée par des supplices, pouvait seule établir la » valeur.

» Tandis qu'aujourd'hui, la science se révèle capable de » démontrer les vérités morales et d'en tirer, à son tour, des » préceptes. »

M. de Jouvencel termina son discours en proposant d'entreprendre, sur une large échelle, des expériences destinées à soumettre à un contrôle rigoureux les faits observés par MM. Parchappe et Broca, et à leur donner une consécration éclatante si leur exactitude était vérifiée.

La première expérience devait consister à mettre à l'étude, dès leur jeune âge, un nombre considérable d'enfants, appartenant à des classes sociales différentes et de les suivre dans la vie, en mesurant périodiquement leur crâne, jusqu'à l'époque où le cerveau cesse de se développer.

On aurait choisi les enfants parmi les catégories suivantes :

1° Des enfants employés dans les fabriques;

2° Des enfants d'ouvriers agricoles;

3° Des enfants d'ouvriers appartenant à des métiers qui demandent une habileté personnelle et un certain emploi de l'intelligence;

4° Enfin des enfants de familles où la culture intellectuelle est très-étendue.

Les mensurations auraient été faites à la fin de chaque septenaire, 7 ans — 14 ans — 21 ans — 28 ans — 35 ans, et enfin 42 ans, en sorte que l'expérimentation se serait étendue à une période de 35 ans.

On aurait eu recours aux sociétés savantes des départements pour choisir les sujets, les suivre et opérer les mensurations, et l'on aurait institué une sorte de tontine destinée à stimuler, par un certain avantage pécuniaire, l'exactitude de chacun des sujets à se soumettre périodiquement à l'examen et à leur assurer, après la dernière mensuration, une part à la répartition de la somme restante, augmentée des intérêts composés.

Une commission fut nommée pour étudier cette proposition ; M. de Jouvencel, membre de la commission, fut chargé du rapport et le présenta dès le 6 février.

La commission reconnut volontiers qu'en principe le mieux eut été de faire les mensurations successives sur les quatre catégories de sujets désignés plus haut, mais elle pensa qu'un ensemble de recherches qui devait durer trente-cinq ans, fournirait difficilement des résultats bien exactement comparables entre eux. Aussi proposa-t-elle de mettre à l'étude, à un même moment, un grand nombre d'individus appartenant aux différentes catégories sociales désignées, mais d'âges différents, la comparaison des séries de chaque âge, entre elles, devant faire connaître l'évolution crânienne aussi bien que la comparaison des mêmes individus observés successivement à mesure qu'ils seraient arrivés aux âges fixés.

Bien que cette méthode dût avoir l'inconvénient de ne donner que des moyennes, et de laisser dans l'ombre bien des cas individuels qui auraient pu être très-instructifs, elle présentait d'autre part un tel avantage en permettant d'atteindre des résultats prochains, que la commission n'hésita pas à l'admettre.

Elle avait d'abord songé à instituer les expériences simultanément à Paris, à Lille, à Lyon, à Rouen et à Toulouse ; mais pour ne pas trop étendre, du premier coup, le champ de l'observation, on s'est contenté des trois premières villes, Paris, Lille et Lyon.

Elle proposa donc de faire examiner, dans chacune de ces trois villes, et dans chacune des quatre classes sociales précédemment indiquées, 50 enfants de sept ans ; 50 de quatorze ans ; 50 jeunes hommes de vingt ans, et 50 hommes de quarante ans ; les hommes et garçons seuls seraient soumis à ces

mensurations, en raison des difficultés qu'elles auraient rencontrées chez les femmes et les filles, notamment à cause de leur chevelure. Le soin d'effectuer ces mensurations devait être confié à des jeunes gens capables, internes des hôpitaux de Lyon et de Lille, que l'on ferait venir de ces villes à Paris, pour les initier aux opérations céphalométriques et s'assurer que, par une éducation commune, ils seraient mis en état de recueillir des éléments de calculs rigoureusement comparables.

Ces propositions ont été adoptées par la Société.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présenteront les résultats de cette expérience, et nous ne manquerons pas de les faire connaître quand ils seront publiés; les derniers fascicules des bulletins de la Société (novembre 1874 et juin 1875) n'en donnent encore aucune nouvelle.

II

Nous avons dit un mot, dans notre dernière revue anthropologique (n° de janvier 1875, p. 139), d'un nouveau crâniophore, inventé par M. Topinard, et devant donner de grandes facilités aux études crâniométriques; l'un des premiers usages que l'inventeur a fait de son instrument a été de faire une série de 1,500 mensurations destinées à étudier le prognathisme ou avancement des mâchoires.

Le crâne reposant sur un plan horizontal déterminé par trois points fixes, les deux condyles et le milieu du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, le prognathisme est mesuré par le rapport entre la longueur d'une ligne verticale abaissée sur ce plan, soit de l'épine nasale, soit de la racine du nez et la longueur de la ligne horizontale qui unit le point d'incidence de la verticale précédente au milieu du bord alvéolaire. Ce rapport de l'horizontale à la verticale est ce que M. Topinard appelle indice prognathique.

Voici la formule à l'aide de laquelle on obtient cet indice :

L'horizontale : la verticale :: x, c'est-à-dire l'indice : 100.

M. Topinard a d'abord constaté que, le plus généralement, dans une même race, les femmes sont plus prognathes que les hommes. Il avait même cru, d'abord, que cette règle était générale, mais il a dû reconnaître, ultérieurement, que parmi les Chinois, les Nubiens et les autres nègres d'Afrique, ce sont au contraire les hommes qui sont les plus prognathes.

Quoi que l'on ait pu dire, la mâchoire supérieure, et en par-

ticulier la portion sous-nasale de cette mâchoire, est toujours plus ou moins prognathe. Dans quelques cas individuels l'indice est de 5 et au-dessous, mais cela n'a lieu que douze fois sur 900 crânes de race blanche ; le véritable orthognathisme n'existe donc pas. Si l'on prend, non plus des cas individuels, mais la moyenne des diverses séries de crânes de même race, l'indice augmente beaucoup ; les plus faibles sont pour les Corses, 15 ; les Gaulois, 16 ; les basques d'Espagne, 17.

A l'autre extrémité de l'échelle, les indices moyens les plus élevés sont de 58.7 pour les Namaquois et Boschimans, et de 45 à 40 pour les différentes séries de nègres africains. Un chimpanzé adulte a donné un indice de 118 et un gorille âgé, un indice de 116. Il y avait donc, entre ces deux singes et les nègres les plus inférieurs, une différence plus grande qu'entre ces mêmes nègres et les races blanches.

Nous nous bornerons à ces quelques notions générales extraites des communications de M. Topinard, qui ne sont elles-mêmes que le résumé d'un travail beaucoup plus étendu, publié par la *Revue d'anthropologie* et dans lequel l'auteur a passé en revue, sous le rapport du prognathisme, toutes les races humaines dont il a pu, dans les muséums et collections, se procurer quelques crânes ; nous indiquerons seulement ses principales conclusions.

Il résulte de ses études que l'inclinaison de la ligne sous-nasale, ou alvéolo-sous-nasale, c'est-à-dire de la ligne qui s'étend du sommet des alvéoles des incisives, au bord antérieur du plancher des fosses nasales, prime toutes les autres par ses applications à la distinction des races, et par sa répartition régulière, en une série progressive, depuis les races supérieures jusqu'aux races inférieures ; elle représente le prognathisme par excellence, celui dont il doit être question lors que ce mot ne sera suivi d'aucune épithète.

L'inclinaison de la ligne maxillaire, étendue du sommet des alvéoles des incisives, à la racine du nez, et comprenant toute la hauteur du maxillaire supérieur, contribue le plus ensuite à caractériser les races ; il est convenable de lui donner le nom de prognathisme maxillaire.

L'inclinaison de la ligne nasale, étendue du bord antérieur du plancher nasal à la racine du nez, et qui donne la saillie du squelette du nez, et l'inclinaison de la ligne sus-nasale, étendue de la racine du nez au point sus-orbitaire, obéissent à d'autres lois et ne fournissent que des caractères de second

ordre, pouvant aider à reconnaître une race, mais ne pouvant pas contribuer à sa classification.

Quant à la ligne faciale supérieure, ou ligne dite de Camper, son inclinaison est presque sans intérêt pour la classification des races. Sa portion supérieure, surajoutée mal à propos aux deux autres, maxillaire et sous-nasale, ne fait que modifier, dominer ou fausser le sens général qu'on découvrait, ou s'imaginait découvrir à leur ensemble.

III.

Dans la séance du 3 juillet (*Bulletin*, p. 671), la question de transformisme, dont nous avons déjà entretenu les lecteurs des *Annales*, a donné lieu à une discussion courte, mais qui montre à quel point les théoriciens modernes sont susceptibles de pousser l'intolérance scientifique qu'ils sont toujours prêts, cependant, à reprocher aux partisans des anciennes doctrines. Cette discussion prit naissance à l'occasion d'une communication de M. de Mortillet, sur l'homme tertiaire.

On sait qu'il n'y a plus de doute sur la présence d'un très-grand nombre d'ossements humains, et d'objets fabriqués par l'industrie humaine, dans les couches géologiques comprises sous le nom de terrains quaternaires. En est-il de même des terrains plus anciens, et l'existence de l'homme tertiaire doit-elle être considérée comme démontrée, ou même comme probable? Jusqu'ici aucun ossement fossile de l'homme n'a été signalé dans les formations géologiques de cette période, mais on croit y avoir trouvé quelques objets qui auraient été travaillés de ses mains. La découverte en aurait été faite par M. l'abbé Bourgeois, directeur du collége de Pontlevoy, qui croit reconnaître les traces du travail de l'homme sur quelques silex extraits par lui des couches marneuses de l'étage des calcaires de Beauce, étage qui, par sa position et ses fossiles, se place à la base du miocène ou tertiaire moyen, ou remonterait même à l'oligocène, couronnement du tertiaire inférieur. Présentée pour la première fois, en 1867, par M. l'abbé Bourgeois, au congrès de géologie et d'anthropologie réuni à Paris, cette opinion n'a cessé d'être fortement controversée et, jusqu'ici, le problème est resté sans solution.

Deux questions se présentent : les silex extraits par M. l'abbé Bourgeois, appartiennent-ils réellement aux terrains tertiaires? ont-ils été réellement travaillés par l'homme?

Sur le premier point, les preuves fournies paraissent avoir été péremptoires et l'origine des pièces ne provoque plus de doutes. Il n'en est pas de même du second point ; beaucoup de géologues et d'archéologues refusent à ces silex les caractères de pièces intentionnellement taillées ; une commission spécialement chargée, pendant le congrès de Bruxelles, en 1872, de juger la question, s'est partagée d'avis, sans pouvoir formuler une opinion.

Loin d'être découragé par cette sorte d'échec, M. l'abbé Bourgeois n'en a apporté, depuis, que plus d'ardeur à continuer ses recherches, et il a découvert de nouvelles pièces qui, à ses yeux, seraient plus significatives encore que les premières. La communication faite à la Société par M. de Mortillet avait précisément pour objet de faire connaître deux de ces pièces les plus intéressantes. L'une, la plus belle et la plus curieuse, est une espèce de pointe de lance, ou plutôt de scie ovale, dont tout le pourtour présente des entailles nombreuses et très-régulièrement faites ; l'autre est une sorte de grattoir présentant, sur trois centimètres de longueur, des entailles régulières, sans interruption, et toutes dans le même sens.

Comme M. l'abbé Bourgeois, M. de Mortillet voit là des indices d'une taille intentionnelle, et il ne pense pas qu'une action mécanique naturelle ait pu produire cette régularité, cette continuité.

Ces silex lui paraissent porter le cachet de l'intervention d'une volonté déterminée et réfléchie, celle de l'homme, ou, ajoute-t-il, de l'ancêtre de l'homme. En effet, comme les caractères de la faune de la période du calcaire de Beauce, où ces silex ont été trouvés, diffèrent des caractères de la faune quaternaire, et que, dans ces deux ordres de terrains, on rencontre des espèces animales voisines, mais non identiquement semblables, M. de Mortillet est porté à penser que l'ouvrier qui a taillé les silex les plus anciens ne doit pas avoir été semblable à celui qui a taillé ceux des époques postérieures, et qu'il devait appartenir à une autre espèce d'hommes, probablement même à un genre précurseur de l'homme, dont la découverte viendrait combler un des vides de la série animale.

Une déclaration aussi nette, en faveur du transformisme, ne pouvait manquer de trouver de l'écho parmi les partisans de cette théorie ; aussi, M. Roujou n'hésita-t-il pas à apporter

son témoignage en faveur de l'existence de l'homme tertiaire ; ce n'est pas cependant, que les arguments tirés des silex de M. l'abbé Bourgeois lui aient paru décisifs ; loin de là, il les trouve si peu significatifs qu'il ne veut pas même en tenir compte, de peur, dit-il, de rendre à la vérité le mauvais service de chercher à l'établir sur des preuves contestables. Pour lui, transformiste convaincu, s'il affirme que l'homme existait pendant la période du miocène, quoique aucune trace indiscutable n'en ait encore été trouvée, c'est uniquement parce que cela devait être nécessairement ainsi, parce que c'est une nécessité logique et que sans cela toute la philosophie zoologique ne serait qu'un rêve. En effet, ajoute M. Roujou, ce n'est que par suite d'une mauvaise habitude, et d'un antique préjugé, qui ne saurait guère tarder à disparaître, que l'homme est considéré comme formant une seule espèce ; pour lui, il est convaincu au contraire que l'homme constitue un genre qui a été représenté, aux différentes époques, par plusieurs espèces successives, à formes anatomiques plus ou moins différentes les unes des autres ; et en ce qui concerne, en particulier, l'homme du miocène, au moins dans le bassin de la Loire, il pense que c'était à peine un homme, et qu'il constituait une espèce à part, tenant encore considérablement de l'animal.

Non-seulement M. Roujou affirme l'existence de cet homme quasi-animal, sans qu'il ait laissé de trace positive indiscutable, il l'avoue lui-même, mais encore sa conviction, à cet égard, est si ferme, si arrêtée, qu'elle ne lui permet d'avoir aucune indulgence pour les esprits exigeants, incrédules et disposés à réclamer des preuves un peu plus démonstratives.

« On ne peut se défendre, dit-il, d'un sentiment de tris-
» tesse en voyant quelle résistance provoquent, chez nous,
» toutes les doctrines scientifiques nouvelles, et dont la dé-
» monstration, ou simplement l'intelligence, nécessite une
» certaine instruction et quelques efforts intellectuels. Quand
» une théorie est basée sur des inductions légitimes et sur
» un certain nombre de faits..... on demande de nouveaux
» faits pour y croire, et ces faits découverts, on les argumente
» de mille manières pour les discréditer..... Il y a là un
» triste indice de faiblesse et de décadence intellectuelles », et M. Roujou s'associe à un illustre savant allemand pour nous reprocher durement notre mauvaise éducation et notre ignorance de la philosophie et de la logique.

Nous voilà donc bien avertis de l'anathème auquel s'exposent ceux qui ne sont pas décidés à admettre, sans discussion, les dogmes du transformisme, ceux qui sont assez exigeants pour ne pas se contenter d'inductions légitimes, qui demandent par-dessus le marché des faits et qui, si on leur en présente, fussent-ils contestables et sans signification, se permettent de les argumenter. N'est-ce pas là un véritable absolutisme, et pouvait-on s'attendre à une pareille oppression exercée précisément au nom de doctrines qui prennent pour mot d'ordre la liberté d'examen? Ne serait-on pas autorisé à se demander si les plus libéraux, en apparence, ne désirent pas la liberté pour eux seuls, et nullement pour les autres?

Mais au moins faudrait-il, puisqu'il s'agit de nous imposer la croyance au transformisme, que les transformistes fussent d'accord entre eux.

Or, après M. de Mortillet et M. Roujou, dont les opinions sont loin d'être identiques, voici Mme Clémence Royer, qui vient en exprimer de bien différentes encore. D'après elle, les principes de classification qu'il faut appliquer à l'humanité sont très-différents de ceux qui sont employés dans le classement des autres animaux; ce ne sont plus les caractères anatomiques, mais les caractères moraux et intellectuels qui doivent servir de *norme taxonomique*. L'homme de Pontlevoy qui savait déjà casser et tailler les cailloux, mais sans leur donner encore de formes définies, en vue d'un but spécial, pouvait bien ne différer que très-peu, physiquement, de l'homme actuel, sans pour cela être de la même espèce; si depuis l'espèce a changé, ce n'est que par suite des modifications subies par l'homme mental.

En effet, d'après Mme Royer, la seule cause qui puisse transformer les caractères physiques des êtres vivants, qui puisse par conséquent amener l'extinction des formes anciennes et la formation des types nouveaux, serait la sélection naturelle. Or, dès que l'homme a eu le cerveau assez développé pour lui permettre de réagir sur son milieu, en se faisant des armes, des instruments, des vêtements, des abris, il a commencé à échapper à cette loi. Depuis cette époque, il a donc dû conserver les caractères anatomiques sans changement.

Mais « au contraire, il a dû constamment développer ses » facultés, assouplir ses organes, perfectionner ses aptitudes; » devenir plus agile à la course ou au saut, accroître son » habileté manuelle..... Ce qui s'est modifié constamment

» chez l'homme, depuis ce moment, c'est son cerveau lui-
» même, ses facultés morales et intellectuelles, ses instincts,
» sa manière de vivre et d'agir, son industrie, ses mœurs, ses
» formes sociales, sa puissance de juger et de raisonner. A ce
» point de vue, les différences qu'il présente aux diverses
» époques géologiques sont certainement d'ordre spécifique. »

Voici un nouveau dogme qu'il nous faut aussi, peut-être, sous peine d'augmenter le sentiment de tristesse de M. Roujou, admettre sans discussion, sans argumentation ; mais ne serions-nous pas autorisés, à notre tour, à nous demander, par une induction légitime, si de nos jours, et aux yeux de Mme Royer, l'homme qui par le travail, la culture, l'éducation, toutes les bonnes choses, en un mot, si bien recommandées par M. de Jouvencel, arrive à perfectionner ses facultés morales et intellectuelles, à modifier ses instincts, sa manière d'agir, son industrie, ses mœurs, ne parvient-il pas, lui aussi, à changer d'espèce ; ce qui arriverait, en moins de mots, à dire que la transformation de l'espèce peut être le résultat d'un simple travail d'esprit, et ce qui apporterait, ce nous semble, des difficultés nouvelles et bien grandes dans la question de la notion de l'espèce, déjà si obscure et si controversée.

Encore une fois, puisque l'on veut décréter la croyance obligatoire au transformisme, il faudrait dire d'abord à quel transformisme il faut croire. Est-ce à celui de M. Mortillet, à celui de M. Roujou ou à celui de Mme Clémence Royer, pour ne citer que les trois orateurs qui ont parlé dans cette circonstance ; jusqu'à ce que ces apôtres se soient mis d'accord sur le dogme qu'ils professent, ne serait-on pas excusable de faire des réserves et d'imiter MM. Leguay et Pellarin, qui, même à la suite des discours que nous venons de résumer, ont osé élever des doutes et déclarer que rien, jusqu'à nouvel ordre, ne leur paraissait rendre admissible l'existence de l'homme à Pontlevoy, dans les terrains tertiaires.

IV.

Dans un mémoire sur le *Langage considéré comme phénomène automatique* (séance du 16 octobre 1873, p. 759 du *Bulletin*), M. Onimus s'est appliqué à démontrer que le mécanisme du langage articulé se confond, à beaucoup d'égards, avec celui des actions réflexes, que l'automatisme fonctionnel joue un grand rôle dans l'usage que l'homme fait de la pa-

role, et qu'il y aurait lieu d'admettre, dans la masse encéphalique, un centre nerveux phono-moteur. Après avoir rappelé que la part des actions réflexes, dans le fonctionnement du système nerveux, a une importance que, chaque jour, les progrès de la physiologie mettent mieux en relief, et avoir insisté sur l'existence de mouvements réflexes d'ensemble, qu'il appelle actes réflexes d'habitude, d'éducation, ou dus à l'exagération temporaire d'une fonction, l'auteur avance que le langage lui-même est dans bien des cas, soit pathologiques, soit même normaux, un acte purement réflexe, produit par une sorte de mécanisme automatique où les sensations perçues influent plus directement que la volonté et ont souvent plus d'action que celle-ci.

Non pas, ajoute-t-il, en se résumant, que l'intelligence et la volonté n'interviennent pas incessamment dans l'acte du langage ; mais dans cette fonction, il y a, à côté des actes volontaires, une sorte d'automatisme qui est le résultat de l'éducation ; cet automatisme a tous les caractères de ceux qui existent pour d'autres fonctions, caractères qui consistent surtout dans une coordination parfaite, dans une succession réflexe et presque fatale de phénomènes qui d'habitude sont associés, et dans une activité fonctionnelle ne recevant de la volonté que l'excitation générale. En un mot, il existe pour le langage ce qui existe pour la marche, pour la danse, pour le jeu d'un instrument.

La théorie développée par M. Onimus dans ce travail est fort analogue à celle qui est exposée dans le dernier ouvrage de M. Luys, dont il rappelle lui-même les travaux sur le même sujet. Nous avons eu plusieurs occasions, nous-même, d'insister sur le rôle très-important du mécanisme réflexe dans les opérations nerveuses, non-seulement motrices, mais aussi intellectuelles et affectives, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. C'est un point de physiologie de première importance et sur lequel il est bon de revenir souvent.

V.

Les monstruosités anthropologiques ont plus d'une fois attiré l'attention de la Société d'anthropologie pendant le cours de cette année 1873 ; le paysan russe à visage velu, dit *l'homme-chien*, et les jeunes mulâtresses jumelles pygopages, appelées *Millie-Christine* ou le *Rossignol à deux têtes*, ont ajouté à leurs

succès de foire, celui, autrement flatteur, d'occuper plusieurs séances de co corps savant. Le premier n'a pas eu l'honneur de recevoir une visite officielle d'une commission de sos membres, en dépit des efforts de Mme Clémence Royer, qui a du moins profité de l'occasion pour exposer, avec figures géométriques à l'appui, ce qu'elle appelle les lois mathématiques de réversion par atavisme convergent (p. 725, du *Bulletin*). Quant à Millie-Christine, elles reçurent au cirque d'Eté la visite d'un certain nombre de membres de la Société qui s'étaient concertés pour y aller ensemble; ils avaient été préparés à bien profiter de leur visite par une description exacte de ces deux intéressantes jeunes filles faite par M. Bert et accompagnée de considérations sur les monstruosités analogues déjà observées, et sur la théorie de la formation de ces monstres doubles ou diploginèse. A cette occasion, M. Dareste fit connaître les résultats tératologiques obtenus par lui, par une longue série d'expériences instituées depuis des années sur la fécondation des œufs d'oiseaux et sur les moyens artificiels d'obtenir des monstruosités. Le côté psychologique des études auxquelles pouvaient se prêter Millie-Christine, n'était pas moins important que le côté anatomique, et les lecteurs des *Annales* n'ont pas oublié le travail de M. Fournet sur ce sujet.

VI.

On a déjà pu remarquer, par ce qui précède, que Mme Clémence Royer, le traducteur d'une partie des œuvres de Darwin, ne se prive nullement d'avoir, sur les questions les plus obscures de l'anthropologie, ses opinions personnelles, et que dans ses spéculations scientifiques elle est loin de se sentir retenue par la timidité que l'on a l'habitude de compter parmi les apanages habituels de son sexe. Elle a donné un nouveau témoignage de la hardiesse originale de ses vues, dans un mémoire sur l'*Origine des diverses races humaines*. Le but de son travail, a-t-elle dit dès la première page, est de protester contre « la théorie qui fait naître tous les Européens en Asie, » qui donne pour patrie, à nos peuples blonds, des contrées » où les blonds sont une exception très-rare; et qui, enfin, » fait parler l'aryaque primitif, souche de toutes nos langues » européennes, par des peuples pour lesquels les vieux dia- » lectes aryaques, à une ou deux exceptions près, sont de-

» venus des langues mortes, tant le génie indigène semble » les repousser. »

« Je crois, au contraire, pouvoir établir que toutes les » preuves, tous les faits historiques ou antéhistoriques, con- » cluent en sens absolument contraire : c'est-à-dire font naître » en Europe les aryens, font parler l'arya primitif en Europe ; » donnent pour berceau à la race blanche, blonde ou brune, » le centre géographique qu'elle occupe et où elle règne en » maîtresse exclusive et absolue, absorbant tous les éléments » ethniques qui viennent l'envahir ; et indiquent, enfin, que le » sens général des migrations aryennes les a conduites d'Oc- » cident en Orient, d'Europe en Asie ». (*Bulletins*, p. 905 et suivantes.)

Nous avions raison, on le voit, de dire que le paradoxe n'effraye pas Mme Royer et qu'elle ne recule pas devant la contradiction ; quant au fond de la question et aux arguments invoqués par elle, nous déclinons toute compétence pour en juger la valeur, et nous nous contentons d'indiquer la théorie soutenue par l'auteur.

VII.

Plus les études crâniologiques prennent d'importance, au point de vue de l'étude comparée des diverces races humaines dans le temps et dans l'espace, plus les procédés techniques de la crâniométrie se multiplent et tendent à fournir à la science les éléments de calculs rigoureusement exacts et comparables. Aussi les présentations de méthodes nouvelles et d'instruments perfectionnés dus à MM. Broca et Topinard, ont-elles été nombreuses en 1873. Comme nous en avons l'habitude, nous donnons la liste de ces communications, renvoyant aux *Bulletins* ceux qui, s'occupant de mensurations crâniennes voudront connaître, en détail, la description des instruments et la manière de s'en servir. Nous ne faisons donc que citer les travaux suivants : Sur le plan horizontal de la tête et sur la méthode trigonométrique (p. 48). — L'équerre flexible auriculaire, nouvel instrument céphalométrique et le goniomètre auriculaire (p. 147). — Quelques résultats de la détermination trigonométrique de l'angle alvéolo-condylien et de l'angle bi-orbitaire (p. 150). — Sur le demi-goniomètre facial (p. 233). — Nouvelles recherches sur le plan horizontal de la tête et sur le degré d'inclinaison des différents plans crâ-

niens (p. 543), tous dus à M. Paul Broca, et deux communications de M. Topinard, l'une sur la méthode en crâniométrie (p. 851) et l'autre sur la morphologie du nez (p. 947). Enfin, nous signalerons, afin d'être complet, une lettre adressée à la Société (p. 11), par M. Mantegazza, professeur d'anthropologie à Florence, pour s'assurer la priorité d'une méthode destinée à mesurer les fosses nasales et à déterminer le rapport entre les capacités des cavités faciales et de la cavité du crâne. Ces recherches sont destinées, par l'auteur, à faire suite aux études qu'il a déjà faites sur les cavités orbitaires et leur rapport avec la cavité du crâne.

Dr Ach. Foville, fils.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Mental Science

3e trimestre 1872.

ARTICLES ORIGINAUX

1° *Les tumeurs du cerveau et leurs relations avec ses fonctions mentales*, par le Dr T. S. Clouston ;
2° *Les fous du théâtre grec*, par le Dr J. R, Gasquet;
3° *Influence de l'esprit sur le corps*, par le Dr Daniel H. Tuke; (analyse faite antérieurement par le Dr Brierre de Boismont).
4° *Notes sur l'affaire criminelle d'Agnès Laing ou Paterson, jugée à Perth pour meurtre*, par le Dr J. Batty Tuke;
5° *Impulsion homicide*, par le Dr Frederick Needham ;
6° *Abus de l'expression « ramollissement » du cerveau*, par le Dr G. Mackensie Bacon;
7° *Folie et homicide.*
Notes du trimestre, Revue, etc., etc.

I. Dans un article déjà fort étendu qu'il se propose de compléter par la suite, le Dr Clouston donne la relation de six cas de *tumeurs du cerveau*, tant au point de vue des désordres intellectuels et physiques qui en ont été la conséquence, qu'au point de vue des altérations cadavériques.

Quatre de ces tumeurs étaient de nature cancéreuse, une était fibreuse et consistait dans une augmentation du tissu connectif nerveux, la sixième était la conséquence d'une dégénération de tissu des fibres nerveuses avec dépôt calcaire consécutif.

Voici les conclusions de l'auteur, autant qu'il est possible, dit-il, de tirer certaines déductions de ces six observations :

1° L'irritabilité et la perte de l'empire sur soi-même, avec une altération de caractère, sont les premiers symptômes d'ordre mental de ces tumeurs du cerveau, produisant directement des psychoses morbides;

2° La dépression présente semble le résultat du sentiment que le malade a de son incurabilité probable; elle est par conséquent naturelle ;

3° Un obscurcissement de toutes les facultés mentales survient bientôt et arrive graduellement au coma ;

4° Les tumeurs se développant lentement à la base du

cerveau, peuvent, par pression, déterminer le passage de quelques portions de substance grise et de substance blanche des circonvolutions à travers de petites ouvertures de la dure-mère, de manière à former de véritables hernies de l'encéphale;

5° Les tumeurs du cerveau ont trois effets différents sur la structure de cet organe : — *a*. Elles donnent naissance à une irritation tendant au ramollissement de la substance nerveuse avec laquelle elles sont en contact, et cela dès leur début; — *b*. Elles amènent une pression sur des parties éloignées qui, à leur tour, causent une altération de structure et de nutrition : — *c*. Elles amènent une affection et une altération progressives de certaines parties de la structure nerveuse, dont la véritable nature n'est pas encore parfaitement connue..... Ses résultats pathologiques sont : une augmentation du tissu connectif de matière grasse en forme de granulations et un élargissement avec épaississement des tuniques des vaisseaux sanguins, mais ces changements semblent être consécutifs;

6° Il y a une évidente et forte analogie entre les symptômes, tant du côté mental que du côté somatique, produits par d'aussi larges tumeurs, et les symptômes de la paralysie générale, qui est le type des affections dégénératives progressives du système nerveux, attendu que le cerveau, la moelle, les ganglions du grand sympathique et la rétine sont atteints;

7° Ces cas sembleraient occuper une place intermédiaire, en ce qui concerne les symptômes de l'ordre mental, entre l'inflammation aiguë de la substance corticale et les empoisonnements du sang d'une part, et la folie héréditaire d'autre part; les caractéristiques du côté mental, dans les trois cas, étant représentées par le délire, l'irritabilité et les conceptions délirantes.

Le Dr Clouston rapporte, au début de cet article, l'opinion des divers auteurs concernant les symptômes auxquels peuvent donner lieu les tumeurs du cerveau. Il y a tant de divergences sur ce point que de semblables recherches ont un réel et sérieux intérêt.

Ces six cas ont été trouvés sur 214 autopsies, c'est-à-dire 28 fois sur mille. Le Dr Sutherland en a rencontré dans la proportion de 20 sur mille. Tuke et Bucknill n'en ont noté que 2-5 cas sur mille. Les auteurs français, affirme le Dr Clouston, ont constaté 22 cas de tumeurs cancéreuses sur 8,289 autopsies, ou environ 2-7 pour mille.

II. L'étude du Dr Gasquet sur *les fous du théâtre grec* est

un travail de longue haleine, dénotant une érudition classique aussi étendue que bien dirigée ; mais il n'est pas possible de résumer ces nombreuses pages semées de citations et où l'auteur consigne successivement ses intéressantes réflexions. Il termine par celle-ci que nous transcrivons dans son entier.

« Si nous nous reportons aux poëtes des premiers temps de la Grèce, l'absence de toute mention concernant la folie est remarquable. A l'exception des deux lignes de l'Iliade où il est fait allusion à la légende de la mélancolie de Bellérophon, je ne me rappelle aucun autre passage ayant trait à ce sujet dans le merveilleux panorama de « la jeunesse du monde » qui se déroule dans les poëmes homériques. Je ne me rappelle pas, non plus, qu'il en soit question dans Hésiode ou dans Pindare, si ce n'est d'une manière tout accidentelle. On pourra dire que l'allure de la poésie épique ne se prêtait à aucune description détaillée de la folie ; mais, pour moi, l'explication véritable de cette différence marquée entre les écrivains de ces deux périodes me semble tenir à des motifs plus réels et être due à la présence de la notion des causes de l'insanité dans la dernière période et à son absence dans la période antérieure.

« Sous beaucoup de points importants, les Grecs de l'âge héroïque ressemblaient de très-près aux nations de l'Europe occidentale, entre le dixième et le treizième siècle ; la grande épopée de cette période, la *Divine comédie*, quoique remplie d'épisodes de passion et de violence, est aussi dépourvue de toute description touchant la folie, que l'Iliade elle-même. Dans les deux cas, les conditions de la vie étaient plus simples, la lutte pour l'existence était moins terrible ; il y avait en général abondance de nourriture ; il n'y avait que peu ou point de ces soucis inhérents à un état social des plus avancés. La religion avait un empire plus ferme sur l'esprit des individus, elle était acceptée plus indiscutablement et plus implicitement, donnant une naturelle satisfaction à l'imagination, sans soulever les passions. Les violents orages de colère qui étaient aussi terribles chez les princes et les barons normands que chez Achille lui-même, semblent avoir eu pour résultat avantageux de prévenir les sentiments de haine et d'envie d'autant plus à craindre qu'ils restent plus cachés et plus patients. Finalement, et c'est peut-être le motif le plus sérieux, un fou, dans ces temps, avait probablement moins de chances de survivre et de donner naissance à des descendants voués à un

si terrible héritage. Avec la marche en avant de la civilisation, toutes ces conditions furent changées, de sorte que les poëtes du peuple instruit et raffiné d'Athènes, purent aisément compléter les linéaments des légondes des temps précédents avec les caractères, pris sur le vif, de leur propre époque. Le même fait s'est produit dans l'Europe moderne, où l'on voit la magnifique épopée de Dante, suivie des étonnantes descriptions de la folie d'un Hamlet ou d'un Lear et du portrait du plus aimable de tous les insensés, l'immortel chevalier de la Manche. »

IV. Le Dr Batty Tuke a lu dans une séance de l'Association médico-psychologique, à Glascow, une *étude médico-légale sur l'affaire Agnès Paterson*. Étude d'autant plus intéressante que l'auteur arrive à des conclusions personnelles différentes de celle du Jury qui a renvoyé l'accusée dans un asile d'aliénées.

Résumons d'abord les faits du procès :

Agnès Paterson a des prédispositions héréditaires des plus incontestables, ce que démontre l'étude critique qui va suivre. Au mois d'août 1871, elle était fortement éprouvée par la perte de deux de ses enfants, le 3 janvier elle égorge son troisième qu'elle aime vivement.

Le matin de ce jour-là, elle était avec la petite Marie-Anne chez un voisin, le nommé David Paterson (cet homme n'est pas parent de l'accusée); il était neuf heures. Peu de temps après qu'elle fut rentrée chez elle, David entendait des cris partant de la maison d'Agnès. A dix heures la fille de ce témoin, une jeune camarade de Marie-Anne, va la chercher pour aller à l'école et en ouvrant la porte, elle trouve le corps de sa petite amie gisant sur le sol, baigné dans son sang. La mère de la victime est debout un rasoir à la main. David appelé par sa fille, accourt et voit le corps de l'enfant, mais la mère n'est plus là. Où était-elle? Dans la boutique d'un cabaretier voisin. Elle explique froidement, sans qu'aucune question lui soit faite, qu'elle a les mains couvertes de sang parce qu'elle a coupé de la viande. Elle achète une mesure de wisky. Ainsi que l'a révélé l'enquête, elle avait déjà fait dans le même cabaret, le matin, de bonne heure, de copieuses libations.

David revient bientôt accompagné d'une voisine, et, cette fois, l'accusée est dans son lit. Sa physionomie ne décèle aucune émotion, elle paraît dans l'ignorance de ce qui vient de se passer.

Pendant les deux jours suivants cette insensibilité et cette ignorance apparentes persistent. Elle demande souvent de

l'eau-de-vie à une gardienne commise à sa surveillance. Elle fait à cette femme une déclaration compromettante en affirmant que son mari est l'auteur du meurtre de leur enfant.

Le soir du jour du meurtre, le Dr Munro l'a trouvée dormant d'un profond sommeil; pouls à 86, pupilles légèrement dilatées et irrégulières. Elle exhale une forte odeur d'eau-de-vie. Le médecin diagnostique une intoxication alcoolique. Le lendemain au soir, il la revoit éveillée; elle se plaint de douleurs au ventre qu'elle dit causées par des coups qu'elle aurait reçus de son mari..... Ses réponses sont parfaitement lucides, elle ne semble pas atteinte d'aliénation.

Le rapport médical donne les détails de l'autopsie de l'enfant; les blessures sont affreuses; les coups ont été portés avec une fureur aveugle; on ne compte pas moins de douze entailles dans la région du cou; l'une d'elles a divisé les vertèbres.

Deux jours plus tard, à la prison, Agnès fait une déclaration écrite : elle affirme ne rien savoir. Elle avait, dit-elle, une fille âgée de sept ans qui allait à l'école. Etant allée chez le cabaretier elle n'a plus trouvé son enfant à son retour et s'est mise au lit; elle ignore ce que sa fille est devenue.

Elle a essayé ensuite de se suicider et on a dû lui appliquer la camisole.

On s'est assuré plus tard que l'accusée était dans une période menstruelle au moment du meurtre. Dans la prison, elle dormait peu : quatre heures dans la première partie de la nuit et deux heures le matin.

Le jury a jugé qu'Agnès Paterson n'avait pas l'intelligence saine et a prononcé un verdict d'acquittement.

L'histoire de cette femme est une espèce de problème psychologique pour la solution duquel le concours d'un homme spécial n'eût pas été de trop; ce qui est amplement prouvé par la discussion minutieuse et savante à laquelle se livre notre confrère; discussion dans laquelle nous allons essayer de le suivre.

On a refusé d'introduire un élément important dans les témoignages de la cause : l'hérédité. Lorsque le père de l'accusée a voulu parler au tribunal des antécédents de la famille, à cet égard, le juge l'a arrêté. Les efforts du défenseur qui a appelé à son aide bon nombre de textes anglais ont été inutiles. Le code anglais n'est pas pratiqué en Ecosse et la loi écossaise n'a pas admis le témoignage de l'hérédité.

Ceci est regrettable, car la famille d'Agnès est un exemple frappant de transmissions multiples du vice vésanique. Son grand-père maternel était fou. Son oncle s'est suicidé dans une attaque de mélancolie. Une tante a été affectée de lypémanie périodique. Une autre tante était depuis fort longtemps internée dans un asile d'aliénés. Sa mère avait été sujette pendant de longues années à des accès de délire aigu. Un an avant la naissance de l'accusée et pendant la gestation, elle avait présenté des symptômes caractérisés de folie lypémaniaque, et quatre ans plus tard elle s'était suicidée.

L'enquête de l'auteur lui a fourni en outre des documents précieux qui n'avaient pas été acquis à la cause.

Trois semaines au moins avant le meurtre, Agnès avait bu une quantité considérable de wisky. Depuis longtemps elle avait des habitudes d'ivrognerie. Son affection pour sa fille est fort discutable et, à cet égard, il faut rester sur une prudente réserve.

Elle a fait dans la prison au Dr Batty Tuke des aveux complets. Le jour du meurtre elle avait déjà absorbé dans la matinée un décilitre de wisky et avait ordonné à l'enfant d'aller en chercher encore au débit. C'est sur le refus de sa fille, qu'emportée par une fureur inconsciente, elle l'avait massacrée. Elle savait à peine, dit-elle, ce qu'elle faisait, mais ses souvenirs néanmoins sont fort nets. Elle s'avouait coupable et s'attendait à être exécutée. A l'époque où elle faisait ces révélations, ajoute notre confrère, elle n'était pas folle. Pour lui, l'insomnie n'a pas existé à proprement parler ; quatre heures de sommeil la nuit et deux le matin suffisent pour une femme dont le corps travaille peu et dont l'esprit travaille beaucoup.

En somme, le diagnostic n'était pas sans difficulté et les raisons pour et contre la folie ne manquent pas.

On a en faveur de la folie :

1° Une forte prédisposition héréditaire ;

2° L'état mental de la mère d'Agnès pendant la gestation ;

3° La secousse morale qu'a occasionnée à l'accusée la perte de ses deux enfants, en août 1871 ;

4° Des excès prolongés de boisson ;

5° Un accès de colère furieuse survenant au moment des règles et déterminant un acte non prémédité de meurtre sur la personne de sa fille ;

6° Des tentatives ultérieures de suicide.

En faveur de la cause contraire on pourrait arguer :

1° Qu'il n'a pas été question de signes de folie antérieurs au crime ;

2° Qu'aucun symptôme de *delirium tremens* ou d'autre affection mentale ne s'est manifesté une heure avant ou quelques minutes après l'accomplissement de l'acte ;

3° Qu'Agnès a donné spontanément une explication de la présence du sang sur ses mains lors de sa visite au cabaret après le crime, et qu'ensuite elle a nié sa culpabilité pendant plusieurs semaines et tenté de rejeter l'accusation sur son mari absent ;

4° Que plus tard elle a allégué certains motifs à son acte (mais il est vrai que les partisans de la folie peuvent s'emparer de ceci comme d'une preuve favorable à leur cause, en montrant quelle faible provocation est nécessaire pour déterminer un acte épouvantable chez un alcoolique aliéné);

5° Qu'on n'a observé aucun symptôme positif d'aliénation mentale après le meurtre, car l'insomnie n'était pas réelle ; que les tentatives de suicide ne prouvent nullement un dérangement intellectuel, à moins qu'on ne veuille considérer comme un symptôme de folie l'adresse que déployait l'accusée dans ses tentatives.

Pour le Dr Batty Tuke, la question se réduit ici, en définitive, à un diagnostic différentiel entre la folie homicide à impulsion instantanée et la manie alcoolique temporaire, alternative des plus sérieuses en fait de justice publique. Dans la première hypothèse, tout le monde trouvera juste que l'accusé soit envoyé pour le reste de ses jours dans un asile spécial pour les aliénés criminels. Dans la seconde hypothèse, c'est le bagne auquel on voudra voir condamner le malheureux (si même il échappe au gibet), en dépit de toutes les preuves de folie héréditaire.

Les défenseurs ont bien compris la situation et ils ont évité avec soin de plaider l'alcoolisme, laissant le jury se former une conviction sur l'état mental d'Agnès, sans le lui faire étudier de trop près.

Pour notre confrère, l'accusée était atteinte d'alcoolisme avec faiblesse intellectuelle, état qui ne lui laissait pas la force nécessaire pour résister à un violent accès de fureur.

A un point de vue purement psychologique, dit-il, elle était folle au moment où elle a agi ; elle avait tous les facteurs préalables pour la production de la folie, auxquels elle ajou-

tait l'influence toxique de l'alcool. Mais il reste à savoir si, réellement, elle devait être excusable aux yeux de la loi. L'aliénation mentale est une affection si étendue, elle pénètre si bien tous les rangs de la société, qu'on peut se poser cette vaste et importante question : un accusé issu de parents aliénés et qui a commis un crime sous l'influence de la boisson, ou même d'une violente passion, doit-il être innocenté par le fait de ses prédispositions héréditaires? Si cette pratique devait être mise en vigueur, jugeant d'après les faits élucidés dans le très-remarquable travail du Dr Bruce Thomson sur la folie, dans ses relations avec les classes criminelles, nos pénitenciers seraient transformés avant peu en asiles criminels pour les insensés.

On s'est beaucoup récrié, ajoute l'auteur, contre la répugnance des membres des tribunaux à admettre le témoignage de la prédisposition héréditaire, mais on a dit bien peu de chose, au moins parmi les membres de notre profession, quant aux difficultés que fait naître l'admission de cette preuve.

1° Cette preuve de folie doit-elle être admise en dehors de symptômes définis de dérangement mental et uniquement parce que l'acte commis présente un caractère hors nature ou de sauvagerie ? Non, dit le Dr Batty Tuke, s'il n'y a pas eu d'autres manifestations qui ont précédé ou suivi le meurtre. La manie homicide est un symptôme d'une certaine forme de folie, comme, par exemple, dans la folie épileptique, traumatique, puerpérale, la folie par idiotie congénitale ; mais l'admettre comme une folie *de se* serait dangereux pour la société et de preuve impossible ;

2° Comment démontrer la folie d'ascendants décédés ou d'autres parents ?

Cette seconde difficulté n'est pas la moindre à résoudre. Dans certains cas la mort des membres de la famille remonte à une époque trop éloignée pour que le médecin puisse s'appuyer sur des données solides. Dans d'autres, quand il n'y a pas eu séquestration dans un établissement spécial, il faut s'en rapporter uniquement à la mémoire des témoins qui peuvent être portés à exagérer de simples bizarreries d'esprit, et alors une cour criminelle serait obligée de se constituer en *commissio de lunatico*, à propos d'une ou de plusieurs personnes décédées depuis un grand nombre d'années. Sans doute il n'en sera pas toujours ainsi, mais des cas analogues sont si probables, qu'ils justifient les magistrats d'y aviser, à moins que

quelques règles distinctes ne soient établies pour guider alors les tribunaux ;

3° Quel degré de parenté faut-il pour constituer la prédisposition héréditaire ?

C'est un point qu'il serait bon de définir, car s'il était loisible au conseil de la défense de remonter à la quatrième et même à la troisième génération, il est peu de familles qui ne seraient pas entachées de folie héréditaire ;

4° Enfin, la nature de la folie ou d'autres affections nerveuses des parents, doit-elle être prise en considération ?

Il y a tant de formes d'aliénation qui sont purement accidentelles, autrement dire, individuelles : décadence naturelle, effets du vice, etc., etc., que ce serait s'inscrire en faux contre la justice publique que de chercher à démontrer qu'un oncle, un cousin ou même un parent plus rapproché, en a été atteint.

Malgré ces réflexions, le Dr Batty Tuke regrette que les juges écossais n'admettent pas dans certains cas la démonstration de l'hérédité de la folie, comme l'ont fait dans ces derniers temps les magistrats anglais. Mais cette réforme, selon lui, ne devrait être adoptée qu'après discussion devant une pleine cour des membres du haut conseil (senators). Outre les bases qu'il faudrait fixer dans ces cas particuliers, un assesseur en médecine devrait être attaché à la cour pour lui donner son avis, mesure qui ferait éviter bien des erreurs judiciaires.

Le terme générique *aliénation mentale* comprend une telle variété d'affections différant en degrés et en importance étiologique, que lorsque son occurrence chez un ascendant est mise en avant pour prouver l'irresponsabilité ou la responsabilité d'un descendant, on ne peut espérer qu'aucune personne, quelle que soit sa profession, si ce n'est un médecin, puisse en dégager la portée réelle dans tel ou tel cas donné.

« Dans l'affaire que nous venons d'étudier, si un assesseur de cet ordre eût été désigné, je pense que le verdict eût été différent ; le jury aurait acquis la conviction que l'acte a été perpétré sous l'influence d'une folie temporaire alcoolique et pour ainsi dire volontaire ; alors les faits relatifs à la famille et à l'histoire particulière de l'accusée auraient simplement servi à modifier le verdict, ou auraient justifié la cour prenant l'initiative d'une vive recommandation en vue d'obtenir la grâce du condamné. »

V. A propos du procès du Rév. Waston, dont nous avons parlé dans l'analyse du trimestre précédent, le Dr F. Needham, directeur de l'asile d'York, écrit une note fort instructive. Il établit, à l'aide de deux exemples remarquables, tirés de sa pratique particulière, que l'*impulsion homicide* peut exister chez un individu sans autre trouble intellectuel, constituant à elle seule la maladie mentale. Dans certains cas, elle alterne fréquemment avec l'impulsion au suicide.

Il peut se faire également que les tendances homicides se développent chez un individu longtemps après qu'il aura été guéri d'une affection mentale. C'est alors qu'il faudra l'œil d'un vrai spécialiste et une enquête attentive pour saisir la relation lointaine, mais véritable, qui existe entre l'affection mentale oubliée et l'acte récemment commis.

La première observation est celle d'une jeune dame qui, à la suite d'épreuves pénibles occasionnées par des revers de fortune, eut, à l'âge de 20 ans, une fièvre cérébrale, à ce qu'il paraît, qui lui laissa une grande irritabilité de caractère.

A 43 ans, elle était en proie à des tentations terribles de tuer, chaque fois que ses regards tombaient sur un rasoir ou sur un couteau. Sous l'empire d'angoisses incessantes, elle vint demander au Dr Needham de la protéger contre les impulsions maladives auxquelles elle tremblait de succomber.

Il n'y avait aucun autre symptôme de folie. En septembre 1858 elle entrait à l'asile. Au mois de novembre son état s'était amélioré, mais on observa chez elle un désir fréquent de s'étrangler.

Sortie en janvier 1859, sa guérison n'était pas parfaite, car elle réclama de nouveau les soins de notre confrère au mois de septembre 1862.

Sa guérison fut définitive et elle put sortir au mois d'avril 1863.

Le second fait est celui d'un lypémaniaque traité aussi à l'asile d'York et sorti guéri après un traitement de trois ans. Deux ans plus tard, cet homme jeta une fiole de vitriol au visage d'une femme dont il se croyait insulté et il fut condamné à vingt ans de servitude pénale. On essaya, mais en vain, d'obtenir un adoucissement de la peine en faisant valoir les motifs qui pouvaient démontrer que le condamné était un aliéné.

Le Dr Needham ne dit pas si dans ces deux cas il y avait quelque prédisposition héréditaire, ce qui est probable.

J'ai donné des soins, à l'asile de Quatre-Mares, à un malade, le nommé Typ..., qui fait le pendant exact de la première observation. Il s'agit d'un individu, jeune encore, intelligent, bien portant, excellent père de famille, qui était occupé dans les forêts de l'État. Un jour, un promeneur s'approcha de lui, lia conversation avec lui, et lui demanda pourquoi il enlevait de si grosses parcelles du tronc d'arbre qu'il était en train de dégrossir. Il lui répondit, en riant : « qu'il en était toujours ainsi, et que plus on *gâchait*, plus l'administration était satisfaite. »

Rentré chez lui, l'idée lui vint que son interlocuteur devait être un inspecteur et que sa plaisanterie pourrait bien lui coûter cher. A dater de ce moment, il devint triste, sombre, inquiet, il perdit l'appétit et le sommeil et bientôt il fut tourmenté de l'idée d'égorger ses jeunes enfants. Il n'osait ni se servir d'un couteau ni même y porter ses yeux.

Conduit à Quatre-Mares, il recouvra une espèce de calme, il s'occupa activement aux travaux du dehors, il ne fut jamais porté à nuire à ses voisins, mais il sentait, comme il me le confiait souvent, que ses impulsions le reprendraient probablement s'il retournait dans sa famille. Jamais je n'ai pu saisir d'autres signes d'aliénation mentale, il n'était pas halluciné. Il me donnait d'ailleurs des détails très-précis sur son état, et il me disait que sa triste situation lui faisait penser à ces histoires d'une autre époque où l'on était persuadé que le démon pouvait s'emparer de l'esprit de quelqu'un, l'obséder, le dominer et le contraindre, en définitive, à commettre un acte terrible....

Son affection pour sa femme et ses enfants était des plus tendres, il y pensait sans cesse.

Après trois ans environ, il se crut plus sûr de lui, il y avait réellement une notable amélioration, et sur sa demande et celle de ses parents qui étaient bien au courant de sa position, (ses enfants avaient grandi), etc., etc., il obtint une permission de sortie, d'un mois environ. Mais, il me promit spontanément que pour peu qu'il se sentirait repris des mêmes idées, il reviendrait sur-le-champ, de lui-même, dans l'établissement.

C'est ce qui eut lieu, en effet, avant l'expiration du congé; les impulsions homicides avaient reparu dès qu'il s'était trouvé replacé dans le milieu où elles avaient pris naissance; fait que j'ai noté pour plusieurs autres convalescents. Dans ces

cas, un changement de domicile, de pays même, serait peut-être indispensable.

Enfin, après un séjour de deux ans encore, et pendant une nouvelle rémission, Typ... obtint une seconde permission; mais malgré le soin dévoué apporté à le surveiller, car j'avais averti sa femme qu'il était plus dangereux pour lui-même que pour son entourage, il se suicida bientôt.

Pour moi, l'idée de se détruire ne lui est venue que pour ne pas se laisser entraîner à commettre un meurtre.

J'ai dit que ce malade ne présentait aucun autre signe de dérangement mental. Comme symptômes somatiques, il accusait une oppression précordiale constante et pénible, et un serrement à la tête dont le sommet paraissait brûlant.

Il y avait prédisposition héréditaire; une tante avait été aliénée.

Cette observation se trouve avec plus de détails dans les archives médicales de l'asile de Quatre-Mares.

VI. Si, aujourd'hui, les gens du monde se servent à tort et à travers d'expressions médicales et si même ils se croient tout aussi aptes que les médecins à connaître une maladie, c'est une raison de plus pour que les hommes de notre profession, dit le Dr Mackensie Bacon, choisissent avec soin les termes qui leur sont communs avec le public, afin de ne pas encourager des erreurs vulgaires en prêtant leur autorité à de fausses interprétations.

Il prend pour exemple le terme « *ramollissement du cerveau;* » terme, qui implique une lésion définie, d'un certain caractère, et qui ne devrait s'appliquer qu'aux cas pathologiques do l'espèce. Pour le public, cela signifie un certain degré d'affaiblissement, de décadence intellectuelle, et beaucoup de praticiens ne sont pas plus sévères dans l'emploi de cette expression.

En effet, par de nombreuses autopsies faites à l'asile de Cambrigde, ce diagnostic porté pendant la vie, a été constamment infirmé. La maladie avec laquelle le ramollissement a été le plus souvent confondu est la paralysie générale. En prenant sept cas ainsi désignés, quatre se rapportaient à cette affection, un avait trait à un délire alcoolique passager, le sixième concernait un vieillard qui avait des conceptions erronées fixes; enfin, le septième, un autre vieillard, dont la santé générale et

la mémoire étaient affaiblies, mais chez lequel la lésion pathologique faisait absolument défaut.

Peut-être le Dr M. Bacon est-il un peu sévère pour ses confrères, étrangers aux asiles d'aliénés. Il est vrai que lours diagnostics sont souvent erronés, mais il est vrai aussi qu'ils sont parfois d'une grande difficulté à porter, sfirtout pour qui ne voit les malades que pendant peu de tcmps et parfois même une seule fols.

« Néanmoins l'avis a du bon, et, comme dit l'auteur en terminant : « Il y a des médecins qui disent au public avec une vague assurance que « *le foie fonctionne mal* » pour répondre à une question à propos de toute affection mal définie, et ce que cette expression est aux maladies abdominales, celle de « *ramollissement du cerveau* » l'est aux maladies de l'encéphale. une telle phraséologie n'est pas plus admissible parmi les hommes de la profession que partout ailleurs. »

VII. William-Charles Minor est un chirurgien militaire américain de grand mérite qui a eu le malheur d'être frappé d'insolation; ses facultés mentales se sont altérées et il a été soigné dans divers établissements d'aliénés. Plus tard, déclaré impropre au service de l'armée, il demande des ressources au dessin et à la peinture et vient en Angleterre muni d'excellentes lettres de recommandation.

Pendant quelque temps il mena une vie très-réglée et sa conduite n'eut rien d'insolite. En décembre et janvier (1871) il fit de fréquentes absences nocturnes et alla se plaindre à la police de la persécution que lui faisaient subir les Irlandais dont il avait déjà eu à souffrir en Amérique. On le jugea fou, mais inoffensif. Le 15 janvier, il écrit à la police une lettre incohérente où se trouvait cette phrase : « La vie me sera ôtée prochainement la nuit. J'espère que vos agents ne sont pas achetés comme les agents américains. »

Ses amis avertis ne crurent pas urgent d'aviser.

Le 17 février, il sort à deux heures du matin et tue sur la route, à coups de revolver, un ouvrier brasseur du nom de Georges Merrit qui lui était absolument inconnu.

Nous passons sur les débats et nous dirons tout de suite qué l'accusé fut absous, comme aliéné.

La conduite du juge dans cette affaire doit être mentionnée, car elle crée un précédent important dans la pratique judiciaire anglaise.

L'accusateur public ayant voulu étayer sa poursuite sur ce fait qu'il n'y avait aucun rapport entre l'acte commis et les hallucinations du meurtrier, le juge ne l'a pas laissé continuer. L'on sait que l'un des vices de cette loi faite juge, est de vouloir que l'aliéné soit responsable de ses actes quand ils ne sont pas en connexion directe avec les conceptions délirantes. Le juge a fort heureusement empêché l'accusation de développer une doctrine qui ne tend à rien moins qu'à perpétuer une grande injustice.

Il était évident que Minor était capable de distinguer le bien du mal et quoique aucun rapport direct ne pût être saisi entre son délire et l'acte homicide, il n'en était pas moins évident que celui-ci était l'acte incontesté et incontestable d'un insensé.

Le Dr Needham termine cet article en faisant remarquer qu'on ne saurait prendre trop de précaution contre les délirants par persécution. Le grand malheur, c'est que ces aliénés sont souvent si perspicaces et si attentifs, pour tout ce qui est en dehors de la sphère de leur délire, qu'il semble inhumain de les contrarier et cruel de les priver de leur liberté.

Cependant, ils sont rusés, et s'ils s'aperçoivent que leurs conceptions maladives les ont mis dans quelque embarras, ils les dissimulent assez souvent, ils les nient, afin de se débarrasser de toute surveillance. Quand ils y ont réussi, il n'est pas rare qu'ils deviennent nuisibles ou, tout au moins, qu'ils suscitent quelque désagrément à ceux qui ont contribué à les faire ainsi se contraindre.

—. Les notes de ce trimestre contiennent des extraits curieux d'un article de M. Hyde Clarke, inséré dans le Journal de la Société de statistique et ayant pour titre : *Distribution géographique des talents intellectuels en Angleterre.*

L'écrivain prend 2,000 noms d'hommes illustres, il les classe selon les districts auxquels ils appartiennent, et il tire ensuite ses conclusions. Elles ne s'accordent pas avec la croyance populaire qui veut que les grands hommes soient en général de basse extraction et sortent de pays obscurs.

A part quelques exceptions (Newton, Dryden, etc., etc.), les grands hommes naissent dans les villes. Plus les cités sont importantes, plus elles fournissent de célébrités. C'est ainsi que Londres, sur le chiffre indiqué, en donne 333, Edimbourg 73, et Dublin 53.

La même règle ne se maintient pas pour les petites villes.

Parmi ces dernières on peut trouver les moins populeuses mieux dotées. Elles ont alors des universités, des centres d'instruction.

Les villes industrielles : Manchester, Liverpool, Birmingham, etc., tiennent ici un rang bien médiocre.

Les divers districts présentent une répartition bien inégale ; les moins favorisés sont le pays de Galles, l'Irlande, pays dans lesquels domine encore l'idiome celtique et où l'instruction est peu répandue.

Sur 2,000 écrivains anglais illustres, 58 seulement exerçaient une profession mécanique et 40 à peine étaient les fils d'individus de cette classe.

Le rapport des noms ne doit donc pas être envisagé eu égard aux groupes de populations prises en masse, mais bien eu égard aux classes engagées dans des voies scientifiques et littéraires, aux classes instruites ainsi qu'aux classes aisées.

— La question si débattue de l'*augmentation du chiffre des aliénés*, nous revient avec les rapports d'asile. Il y a conflit d'opinions contradictoires. Le Dr Brushfield de l'asile de Brookwood (comté de Surrey) est d'avis que le nombre des aliénés augmente. On a beau faire valoir les raisons bien connues de l'accroissement de la population générale, du recensement plus exact des malades, de leur long séjour dans les asiles, de l'augmentation de la durée de leur existence, grâce aux traitements et aux soins dont ils sont l'objet ; il n'en demeure pas moins qu'il faut admettre une élévation du nombre des affections mentales, et l'auteur le démontre à l'aide de chiffres dont la signification semble inattaquable.

Le Dr Hearder, de l'asile de Carmarthen, n'est pas de cet avis. Selon lui, les tableaux de statistique ne résolvent nullement la question ; cette apparente augmentation tiendrait entièrement à l'accumulation de cas anciens de folie, d'idiotie, etc. que les recherches de chaque année font successivement connaître. Ainsi, sur 105 nouveaux cas enregistrés dans une année, 20 seulement, à peine un cinquième, étaient atteints depuis moins d'une année.

Un troisième observateur, le Dr Sherlock, de l'asile de Worcester, tout en reconnaissant que cette question est fort obscure, montre, ce qui a déjà été remarqué, que les circonscriptions voisines des établissements d'aliénés sont celles qui ont proportionnellement le plus de malades dans ces maisons. Ce n'est donc pas sur la population des asiles qu'il faut se

baser pour trancher la question de l'accroissement général des aliénés en Angleterre, etc.

Dans le rapport que nous venons de citer, le Dr Brushfield consacre aussi quelques lignes à la question de la *proportion des aliénés* des *deux* sexes. Il affirme que les cas de folie sont plus nombreux chez les hommes. Si la proportion des femmes l'emporte dans les tableaux statistiques, il faut l'attribuer à la plus grande mortalité des hommes dans les asiles publics.

En tout cas, les recensements indiquent pourtant que le nombre des femmes aliénées l'emporte sur celui des hommes. Celui de 1871 donnait pour l'Angleterre et le pays de Galles 1,000 hommes pour 1,182 femmes, et même dans les classes pauvres 1,000 hommes pour 1,422 femmes.

— A propos d'un individu qui, sous différents noms, s'est fait admettre dans divers asiles en *simulant la folie*, fraude qui a été parfaitement reconnue, les rédacteurs du *Mental science* font observer qu'il aurait été intéressant que le Dr Jepson eût donné la description des caractères de cette simulation et qu'il en eût bien étudié les détails, et ils ajoutent : « Depuis qu'il est connu, par le procès de lady Morton, qu'un mari dont la femme a commis un adultère, ne peut demander le divorce devant les tribunaux tant qu'elle est aliénée, nous avons vu deux cas dans lesquels des femmes qui avaient trahi leurs devoirs, ne manquèrent pas de devenir folles dès que leur faute fut découverte; et leur aliénation paraissait être d'une nature fort suspecte. L'une d'elles, dont l'intelligence était très-ouverte à beaucoup d'égards, trouva soudainement qu'elle était l'épouse du prince Arthur et voulait absolument, surtout, lui envoyer de ses nouvelles par le télégraphe. L'autre dame montra tout à coup un dérangement mental fort accentué : elle déclarait être la reine et cherchait sous le lit pour y découvrir le prince de Galles qui, disait-elle, y était caché. Sa tenue, ses habitudes étaient ce qu'elles sont presque invariablement dans les cas où les prisonniers feignent la folie, c'est-à-dire d'une malpropreté extrême.

» C'est un fait curieux, cependant, à propos des cas de cette espèce, de remarquer, qu'en même temps qu'on ne peut s'empêcher de soupçonner la simulation, on ne peut s'empêcher de penser que cette simulatiou même est une sorte de folie. Beaucoup de femmes qui deviennent adultères ont une tendance héréditaire à l'aliénation mentale; quelques-unes ont ce qu'on peut appeler un tempérament empreint de folie,

et la chute est souvent le résultat de la démonstration du vice latent de l'organisation mentale... »

Suit une observation intéressante due au Dr Mac Cabe (asile de Waterford), de *monomanie avec dépression* causée par une intoxication saturnine et guérie grâce à un traitement dirigé contre l'empoisonnement plombique.

On ne sait s'il y avait prédisposition héréditaire, ou tendance à quelque autre névrose spéciale ; mais le succès réalisé prouve combien il est important de rechercher les conditions somatiques qui peuvent accompagner les dérangements de l'ordre psychique, et tout ce que l'on peut parfois obtenir à l'aide de moyens habilement employés contre des accidents purement corporels.

— La revue de ce numéro contient une analyse étendue et savante d'un ouvrage de philosophie pure de M. H. Hodgson « *La théorie de la pratique. — Enquête morale.* » L'auteur, qui appartient à l'école Hume-Mill, n'a pas consacré moins de 1,067 pages à l'étude du rapport de l'intelligence avec le monde matériel. Ceux qui s'occupent de métaphysique liront avec intérêt le long commentaire que nous avons sous les yeux et qui contient une appréciation comparative des doctrines de Hume, Ferrier, Reid, Berkeley et Comte.

— A la séance de l'Institution royale, l'archevêque de Westminster, Mgr Henry Edward, a lu un mémoire sur « *La nature du démon familier de Socrate.* » Le grand philosophe n'ayant pas laissé d'écrits, ses disciples Xénophon et Platon pourraient seuls nous renseigner sur cette question d'autant plus ardue à élucider que ces deux philosophes ne sont pas d'accord entre eux. L'auteur a fait preuve d'une grande érudition dans cette étude. Il arrive à cette conclusion que le démon familier de Socrate, c'est sa conscience, et que la conscience est la voix de Dieu. Il établit un parallèle entre l'époque de la splendeur d'Athènes à ce moment, et celle de l'Angleterre actuellement, toutes deux corrompues, licencieuses, « et nous aurions besoin aussi, nous, d'invoquer notre démon familier. »

— Les rapports des directeurs des prisons (Parlementary blue Books) contiennent quelques renseignements sur les *condamnés atteints d'aliénation mentale* (année 1870).

En Angleterre et pour le pays de Galles, quand un prisonnier devient aliéné il est transféré à Millbank, et de là, s'il y a lieu, à l'asile pour les criminels, Broadmoor. Le rapport du

Dr Grover, médecin de cet établissement, suffit donc pour nous édifier sur cette classe de malades.

Le nombre des condamnés reconnus aliénés a été de 27 pour l'année, il avait été de 28 en 1869. Deux seulement auraient été atteints pendant leur détention ; il paraît même qu'ils présentaient antérieurement quelque dérangement mental. La folie causée par le séjour de la prison serait donc un fait assez rare, aucun cas ne semble dû à la discipline intérieure.

Ainsi qu'on l'avait fait remarquer précédemment, la proportion des aliénés criminels est plus grande parmi les hommes que chez les femmes. Mais cette différence n'est pas aussi réelle qu'elle le paraît. Les troubles qui se manifestent chez celles-ci sont de nature à ne pas nécessiter, en général, leur passage dans l'asile pour les aliénés criminels. L'état mental se traduit par des perversions du sens moral, l'impossibilité de résister au désir de mal faire, de se livrer à des actes de violence, cela ordinairement sans hallucinations, sans illusions, sans conceptions délirantes. Ce sont en un mot des détenues particulièrement difficiles, aussi à charge à elles-mêmes qu'à ceux qui en ont le soin.

Les prisonniers faibles d'esprit ou imbéciles, qui sont soumis à une discipline spéciale, se montrent ordinairement excitables, excentriques ; leur mémoire est faible, leur langage vague, ils ont souvent quelque conformation vicieuse de la tête, des oreilles qui sont épaisses, pendantes, etc., etc. Les obstinés et les irritables refusent parfois les aliments, non dans l'idée de se nuire, mais en vue d'obtenir telle ou telle chose; cette abstinence a été poussée si loin, parfois, qu'il a fallu un traitement particulier pour en combattre les effets. Ils sont enclins à détruire tout ce qui est à leur portée et sujets à des colères soudaines et à des actes de violence contre les employés ou leurs voisins. Ils reconnaissent bien ensuite qu'ils ont mal agi, mais ils ne sont pas maîtres d'eux-mêmes. La privation partielle de nourriture, comme punition, ne les atteint pas et n'a pour effet, en affaiblissant l'état général, que d'aggraver toutes les imperfections de leur intelligence.

Le travail en plein air, surtout celui des champs, est le remède le plus efficace pour de tels caractères.

Le Dr Clarke (prison de Pentonville) pense, à propos de la réclusion solitaire : « Que, si elle n'est pas dangereuse pour l'intelligence, elle est tout au moins impuissante à produire

le bien ; et que la diminution du temps de cette séquestration aurait pour résultat de rendre moins débiles des hommes qui, à leur sortie, sont obligés de se livrer à des travaux souvent fort pénibles. »

Dans le rapport sur les prisons d'Ecosse, les administrateurs appellent l'attention sur certaines différences qui ont lieu entre la législation anglaise et la législation écossaise. En Ecosse, quand un condamné devient aliéné, pendant son emprisonnement, il paraît qu'il ne peut être envoyé dans un asile de district à l'expiration de sa peine.

Tous ceux qui, étant à *la disposition de Sa Majesté*, sont revenus à la raison, sont retenus dans la prison générale ou sont remis complétement en liberté, et personne n'a le droit d'exercer un contrôle sur eux, alors même qu'ils tombent à la charge de la paroisse. Ainsi, une personne qui, sous l'influence d'une attaque aiguë d'aliénation, a commis un meurtre et qui peut, nécessairement, éprouver les mêmes accidents avec leurs conséquences, n'est pas sujette à une surveillance plus étendue que celle qui convient aux simples et inoffensifs habitants des maisons des pauvres.

— A cette question : Y a-t-il des conditions qui permettent d'établir qu'une personne qui a commis un meurtre pendant une attaque de folie, n'est pas plus exposée à renouveler cet acte qu'une personne qui n'a jamais été aliénée? La réponse donnée par plus d'une haute autorité médicale a été invariablement : qu'il y avait une classe d'individus qui était positivement dans ces conditions; les femmes qui avaient commis des violences sous l'influence d'une manie puerpérale et qui avaient passé l'époque de la fécondité.

Le rapport pour l'Irlande note que les prisonniers d'une faible intelligence sont on ne peut plus difficiles à diriger.

Le rapport pour l'Australie occidentale affirme, d'après le médecin-directeur de l'asile pour les aliénés criminels, établi à Fremantle, que, pendant toute l'année, il n'y a eu aucune rixe entre eux ni aucune attaque contre les employés. Dans un cas seulement, il a fallu recourir à l'usage du manchon. Il n'y a pas de cellule matelassée dans l'établissement et le médecin dit qu'il n'est pas nécessaire d'en avoir une seule.

— Les comptes rendus annuels des asiles dont les notes du trimestre ont déjà donné quelques extraits, forment un recueil de faits intéressants pour l'hygiène de l'aliéné et pour la pathologie mentale. Nous leur emprunterons encore quelques

passages qui nous semblent ne devoir pas être passés sous silence.

C'est d'abord l'*agrandissement de certains asiles*, tels que celui des Trois-Comtés, pouvant aujourd'hui contenir 680 malades. La création d'un asile à Berk de 285 places (134 hommes, 151 femmes). Les dortoirs spacieux ne doivent pas avoir plus de 15 lits; ils sont affectés à 222 malades, les autres, 63, sont logés dans des chambres particulières. L'aspect de l'établissement est riant, l'air est salubre, et l'on a adopté une disposition nouvelle de fenêtres, à châssis mobiles, qui permet d'aérer abondamment les dortoirs sans préjudice pour la sécurité des malades. Chaque section possède des cellules matelassées pour les agités.

— L'asile de Carlisle a fort à faire pour assainir les terrains marécageux qui l'avoisinent. Le rapport cite l'observation curieuse d'un gardien de phare que la monotonie de son existence a rendu aliéné. Revenu à la raison, cet homme a affirmé qu'il est le troisième gardien de ce phare qui a été frappé de dérangement mental, et qu'un de ses prédécesseurs s'est suicidé.

— A Carmarthen a été admis un idiot qui, jusqu'à l'âge de 20 ans, a vécu entre sa mère et sa sœur dans un état de nudité complète et couchait avec elles. Quand on a dû le transporter à l'asile on n'a pas trouvé un seul vêtement pour l'habiller. Le commentateur fait cette réflexion : que cet individu n'a certainement pas été compris dans le dernier recensement des cas de folie, et se demande quelle confiance on peut avoir dans les tableaux statistiques qui prétendent établir quel est le nombre des fous en Angleterre.

— L'aumônier de l'asile de Sussex, le révérend M. Crallan, s'est livré pendant quatre années à des recherches concernant *l'influence atmosphérique sur les aliénés*. Selon lui, toute variation en plus ou en moins dans la pression barométrique et la radiation solaire augmente le nombre des attaques d'épilepsie. L'influence des variations atmosphériques sur les mélancoliques et les maniaques est incontestable. Seulement, il est remarquable qu'elle se produit inversement pour ses deux classes de malades, les uns se trouvant améliorés tandis que l'état des autres s'aggrave et *vice versâ*.

— La variole a sévi à Surrey, Hamwell, Rainhill, Northampton et Brookwood; on a pratiqué 800 revaccinations.

— Le *chloral* n'a pas été oublié au chapitre du traitement

médical et l'on doit au Dr Wickham de Newcastle la connaissance de deux effets remarquables de cet agent thérapeutique :

Un malade a été atteint d'une amaurose temporaire telle, qu'il ne pouvait plus distinguer le jour de la nuit. Le sens de la vue a été recouvré dans son intégrité par la suppression du médicament. L'autre malade a présenté une éruption généralisée d'urticaire avec réaction fébrile d'une certaine gravité. Les doses d'hydrate de chloral avaient été portées, au moins dans le second cas, à 60 grains, à prendre en trois fois.

— Sous le titre « pathologie » sont consignées quelques nécropsies remarquables.

— A Worcester, c'est un *kyste hydatique dans le ventricule latéral droit*. Pendant la vie, le malade était maniaque, fort excité ; on a noté une dilatation extrême de la pupille gauche et du trouble dans les fonctions motrices, aussi bien pour la marche que pour la parole. Les derniers jours ont été marqués par un coma incomplet, des contractures et des vomissements qui ont rendu l'alimentation impossible.

Dans le même asile, a été prise une observation de *tumeur cancéreuse du lobe frontal gauche* coïncidant avec un kyste hydatique du foie. Le malade ne présentait aucun symptôme d'affection hépatique et la paralysie était d'abord peu marquée. Deux mois avant de mourir, il a eu de fréquentes attaques hémiplégiques, son langage est devenu inintelligible et dans les derniers jours il était dans un état semi-comateux.

— Newcastle, un cas d'absence *du rein droit*.

— A Sussex, un *cas de maladie d'Addison* et un autre *d'une dilatation énorme de l'estomac*. Ce viscère descendait jusqu'au pubis et recouvrait entièrement les intestins. Le tissu musculaire était atrophié, pas d'épaississement du pylore. La malade était boulimique au plus haut degré. Elle perdit subitement l'appétit et fut emportée en cinq jours par des vomissements et la diarrhée. Elle présentait les accidents de la manie aiguë au moment de son admission.

— Au paragraphe des accidents on consigne plusieurs cas de *fractures de côtes* dont les observations semblent, dit-on, corroborer l'opinion que certaines dispositions de structure des os favorisent ces accidents, notamment, comme c'est le cas ici, chez les paralytiques.

— Le fait le plus frappant, peut-être, de ce chapitre, est une

mutilation de soi-même accomplie par un aliéné de l'asile d'Ipswich. Un homme atteint d'une manie religieuse s'arrache l'œil droit et se mord profondément la langue, croyant que la perte de l'un de ces organes le rachèterait de ses fautes. Il est mort quelques jours après.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

(Année 1873, suite)

6. *Observations sur la respiration intermittente dans les psychose* — Wilh. Zenker *à Königslutter*.

La piété scientifique avait inventé le nom de *respiration Jacksonienne* pour désigner l'expiration prolongée. Voici venir maintenant le nom de *respiration Cheyne-Stokéenne* pour désigner une déviation particulière du rhythme des mouvements de la respiration, déviation qui se rencontre dans certains cas graves d'aliénation mentale. Dans la respiration Cheyne-Stokéenne, le mouvement respiratoire s'arrête subitement pendant un temps plus ou moins court; après cette pause, le mouvement reprend, de plus en plus fréquent et profond, pour se ralentir de nouveau, s'affaiblir, et aboutir à une nouvelle pause. Dans les cas de pause très-prolongée, on observe en même temps une augmentation dans la plénitude du pouls et une diminution du nombre des pulsations; mais, aussi bien l'on sait que la respiration Jacksonienne est l'indice certain de tubercules crus dans le poumon, aussi bien l'on ignore quelle est la signification symptomatique précise de la respiration Cheyne-Stokéenne.

Stoke la considérait comme un symptôme caractéristique de la dégénérescence graisseuses du cœur; simple vue de l'imagination dont l'observation a fait justice. D'après *Traube*, et voyez où se complaît l'esprit scientifique dévoyé, d'après *Traube*, l'excitabilité des centres respiratoires étant diminuée, il est besoin, pour provoquer une inspiration, d'une plus grande quantité d'acide carbonique qu'à l'état normal. De là la pause respiratoire. Car, entre-temps, il est permis au sang de se saturer d'acide carbonique; par le fait de cette saturation se reproduit

le mouvement réflexe qui réveille la respiration, laquelle diminue et s'éteint par suite de l'élimination de l'acide, jusqu'à nouvelle acoumulation de ce produit de combustion à la faveur de la pause. Ce qu'il y a de plus certain aujourd'hui c'est que la respiration Cheyne-Stokéenne est toujours l'indice d'une affection cérébrale grave.

M. Zenker l'a observée à plusieurs reprises pendant quelques semaines, chez une femme démente, à la suite d'une attaque d'apoplexie, et chez cinq paralysés à la suite d'attaques apoplectiformes. Dans deux de ces cas, les pauses respiratoires alternaient avec des attaques épileptiformes, de telle sorte qu'on serait tenté de croire que ces deux phénomènes ont un certain degré de parenté, ou reconnaissent la même cause, ce qui est fort possible vu les rapports du voisinage qui existent entre les centres qui président au mécanismo de la respiration et les centres d'où dérivent les convulsions générales. Malheureusement les autopsies n'en ont rien dit.

7. *Sur les découvertes ophthalmoscopiques chez les aliénés.* — Dr Jehn *à Siegburg*.

Si l'œil était aussi bien une lucarne ouverte sur le cerveau qu'il est le miroir dc l'âme, la psychiàtrie aurait aujourd'hui son Laënnec. Au début, en 1856, l'ophthalmoscope fit merveille entre los mains de *Ludwig* qui, sur quelque vingt observations d'aliénés trouva constamment des lésions du plan postérieur do l'œil; mais les belles espérances qu'avait fait naître ce nouveau mode d'exploration du cerveau ne furent point confirmées. Los recherches des médecins français ont surtout porté sur les altérations de la rétine dans la méningite; *Bouchut* et *Dubuc* ont trouvé, comme lésion constante dans cette affection, la congestion de la papille, la dilatation, la varicosité des veines de la rétine, la congestion hémorrhagique de la rétine et de la choroïde. On devrait en inférer, vu la fréquence des procès méningitiques dans l'aliénation mentale, que, à ce point de vue spécial, l'ophthalmoscope pout nous rendre des services pour le diagnostic ou les indications thérapeutiques. Malheureusement, les recherches des observateurs n'ont jusqu'ici aucune concordance dans leurs résultats : *Wendt*, *Kostl* et *Niemetscheck*, *Albutt* en Angleterre, *Tebaldi* en Italie, *Galezowski*, *Græfe* et *Westphal*, varient dans l'interprétation des phénomènes observés; les négations des uns annihi-

lent les affirmations des autres, si bien qu'il semble que, en réalité, tout est à refaire.

Les recherches ophthalmoscopiques de M. *Jehn* ont une valeur considérable. Elles portent sur 153 cas de formes diverses d'aliénation mentale; 306 yeux ont été minutieusement explorés, les lésions soigneusement analysées, et voici, compendieusement énoncés, les résultats auxquels est arrivé l'auteur.

Chez 40 mélancoliques, 17 maniaques, 14 monomanes, 19 déments, 16 épileptiques, abstraction faite des anomalies qui sont indépendantes de la maladie du cerveau, telles que myopie, opacité floconneuse du corps vitré, altération de l'accommodation visuelle, etc., l'ophthalmoscope ne révèle aucune lésion caractéristique de telle ou telle forme d'aliénation mentale, mais, dans un nombre bien restreint de cas, une lésion commune intéressant la circulation de la papille et de la rétine et se produisant d'une manière concomitante avec un état congestif de la tête. Ainsi, dans 4 cas de mélancolie avec congestion intermittente de la tête, le plan postérieur de l'œil participe à la congestion; il est rouge, les vaisseaux sont engorgés, les veines sinueuses et plus dilatées que les artères. Dans ces cas, les pupilles étaient dilatées. Le même phénomène s'est produit chez un maniaque et 2 monomanes à l'époque d'une congestion intense de la tête. L'examen fut complétement négatif chez les déments, ainsi que chez les épileptiques, sauf chez un dément qui présentait une atrophie du nerf optique, et cela contrairement au dire de *Kostl* et *Niemetschek*. L'inégalité pupillaire, lorsqu'elle existait, ne trouvait au fond de l'œil aucune expression pathologique.

L'ophthalmoscope est plus heureux en ce qui concerne la paralysie générale. L'altération de la rétine, sous forme d'atrophie blanche, a depuis bien longtemps été signalée dans cette affection. *Albutt* et *Tebaldi* la trouvent à la deuxième période de toute paralysie générale, contrairement a *Graefe, Westphal, Galezowski, Billod,* qui sont loin d'être aussi affirmatifs.

Sur 47 paralytiques examinés, M. Jehn a trouvé l'atrophie du nerf optique 4 fois des deux côtés, 3 fois d'un seul côté; 8 fois l'atrophie commençante se présentait sous forme de coloration blanche avec ténuité, rétrécissement des vaisseaux. Dans tous ces cas, à l'exception de 4, il résulte de renseignements positifs que l'atrophie s'est produite de bonne heure,

pas assez tôt cependant pour aider au diagnostic à l'époque où n'existait encore aucune anomalie appréciable des facultés. L'atrophie optique et le ramollissement cérébral ne se sont pas développés de pair. L'inégalité pupillaire, observée dans la généralité des cas, ne compte point comme étape dans la marche de l'atrophie. Chez les 47 paralytiques observés, l'état des pupilles ne corrobore point l'assertion d'*Albutt*, d'après laquelle il y aurait rétrécissement des pupilles au début de l'atrophie et dilatation plus tard. Aucun rapport n'a existé entre le développement de l'atrophie et les différents accidents paralytiques du côté de la face, de la langue, etc.

Dr HILDÉNBRAND.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux, par le Dr Poincaré, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy. — 2 vol. in-8°. Paris, 1873-1874. — J.-B. Baillière et fils.

La partie de la biologie qui, depuis une vingtaine d'années, a le plus excité le zèle des travailleurs, est sans contredit celle qui a pour objet l'étude de la structure et des fonctions du système nerveux, en même temps que des maladies complexes et variées qui produisent des perturbations plus ou moins prononcées dans le dynamisme de l'axe cérébro-spinal. Grâce à des procédés chimiques nouveaux et à des instruments plus perfectionnés, on est arrivé, par des dissections fines et délicates, à une connaissance, sinon complète, du moins plus exacte, de la direction des fibres de la moelle et du cerveau, de leur enchevêtrement, de leurs anastomoses et surtout des rapports qui s'établissent entre elles et les différents amas de substance grise. Les physiologistes, à leur tour, ont accumulé les expériences et nous ont conduits à quelques résultats heureux que l'anatomie pathologique s'est chargée de contrôler. Ce sont ces recherches nouvelles, disséminées dans de nombreuses publications périodiques ou dans des mémoires et des thèses inaugurales, que les commençants et les praticiens sont heureux de trouver réunies et condensées dans un ouvrage *ex-professo*. Ce service a été rendu à la science, il y a dix ans, par M. Luys, qui, dans un bel ouvrage tout rempli d'idées neuves et originales, sut en même temps condenser tout ce que lui enseignaient ses prédécesseurs sur la physiologie et la pathologie du système nerveux cérébro-spinal. Depuis lors, ce champ si fertile a été creusé et fouillé dans tous les sens, et la moisson a été riche. C'est M. Poincaré, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, favorablement connu des lecteurs des *Annales* par des recherches sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, faites en collaboration avec M. le Dr Bonnet, c'est M. Poincaré qui s'est chargé du soin de cataloguer toutes les découvertes faites jusqu'à ce jour sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux.

Il a accompli cette tâche délicate de manière à satisfaire les plus difficiles et une analyse — trop succincte d'ailleurs — que nous allons faire de cet important ouvrage, permettra à nos lecteurs de juger la somme de connaissances que le professeur de Nancy a su mettre à profit pour rendre son cours aussi complet et aussi instructif que le comportait un sujet dont la difficulté n'est compensée que par l'intérêt tant philosophique que médical qui s'y rattache.

Le premier volume est, tout entier, consacré à l'étude de la moelle et du bulbe, à l'exception des deux premières leçons, dans lesquelles le professeur a traité des généralités sur les divers modes de manifestation de l'innervation. Dans les quatorze leçons suivantes, le professeur examine successivement :

« 1° Les particularités anatomiques de l'axe médullaire qui » peuvent donner lieu à des déductions physiologiques ;

» 2° Les résultats de l'irritation directe des diverses parties » de la moelle ;

» 3° Les phénomènes de conductibilité ou de transmission » dont la moelle est le siége ;

» 4° Les conditions et les caractères particuliers que pré- » sente la moelle comme foyer d'innervation ;

» 5° Les rôles que la moelle remplit dans les diverses fonc- » tions de l'économie, comme centre d'innervation et comme » conducteur ;

» 6° Enfin l'interprétation, à l'aide des données de la phy- » siologie, des diverses maladies de la moelle admises par les » cliniciens. »

Cette dernière partie surtout présente un grand intérêt et est traitée avec un rare talent d'exposition claire et précise. Après une description rapide de la physiologie pathologique générale des maladies de la moelle, l'auteur étudie successivement les maladies de la substance grise (paralysie infantile, atrophie musculaire progressive, etc.), celles des cordons postérieurs (ataxie locomotrice), celles des cordons antéro-latéraux, enfin les maladies dites fonctionnelles, c'est-à-dire les paralysies réflexes ou d'origine périphérique, les paralysies d'origine toxique, les paralysies dites exanthématiques, les névroses générales, etc.

M. Poincaré étudie ensuite successivement le bulbe et la protubérance annulaire. Nous trouvons, pour ces deux parties de l'axe cérébro-spinal, les mêmes divisions que pour la moelle épinière. Dans les leçons consacrées à l'étude du bulbe, on

peut lire avec profit un exposé intéressant et complet de toutes les théories qui ont été imaginées pour expliquer le diabète. A propos do la protubérance annulaire, l'auteur décrit, outre les troubles de la motilité, de la sensibilité générale et spéciale, de la phonation, etc., la physiologie pathologique de l'épilepsie, du tétanos, de la catalepsie, etc.

Les nombreuses recherches qui ont été faites sur la physiologie et la pathologie du cervelet, le profcsseur les a exposées à son auditoire avee un grand sens critique et si ses élèves n'ont pas rapporté des idées tout à fait concluantes sur cette question si difficile — ee qui est la faute du sujet, — du moins ont-ils pu retirer un grand profit de son argumentation serrée qui, par voie d'exclusion, le conduit à admettre que cet organe est un centre créateur et coordinateur du mouvement.

Les dix dernières leçons, c'est-à-dire plus de la moitié du second volume, sont consacrées à l'étude du cerveau proprement dit. C'était là sans contredit la partie la plus difficile et la plus délicate de la tâche entreprise par le professeur de Nancy.

Après la lecture de ces leçons, accompagnées de figures schématiques qui ajoutent à la précision analytique du texte, on a une connaissance suffisamment complète de tout ee que la science est parvenu à élucider sur le mécanisme des fonctions cérébrales. Procédant, pour ainsi dire, par couches successives depuis les pédoncules cérébraux jusqu'à la couche corticale, l'auteur décrit tour à tour la structure, les fonctions et la physiologie pathologique des pédoncules cérébraux, des tubercules quadrijumeaux, des couches optiques, des corps striés et enfin des hémisphères cérébraux. Pour les couches optiques, il accepte les vues judicieuses émises par M. Luys sur les fonctions des différents centres qui font de cet organe une vraie agglomération de ganglions. « La couche optique, » dit-il, représente la limite supérieure du système nerveux » sensoriel. Elle touche immédiatement à la sphère psychique, » et elle seule a le pouvoir de relier le système nerveux intel- » lectuel au précédent. C'est dans la couche optique que les » images sont produites, que les objets sont photographiés, » que les vibrations sonores sont transformées en sons, que » les effluves des corps odorants deviennent des odeurs, que » les ébranlements de contact direct deviennent pour la cons- » cience une impression de tact. Là, le fait sensoriel est ac- » compli et le cerveau n'a plus qu'à discuter, à raisonner, à

» interpréter ces images, ce son, cette odeur, ce toucher. Les » cellules de ce centre ont pour mission de donner un corps, » ou plutôt une existence physiologique, aux divers ébranle- » ments venus de la périphérie, d'en faire des phénomènes » vitaux tout à fait spéciaux (p. 196). » D'après cela, la couche optique, est la clef de voûte de tout l'appareil sensoriel; et de fait, comme on le voit par la célèbre observation de Hunter, l'envahissement progressif de cet ensemble de ganglions par un fongus hématode a provoqué l'oblitération successif de tous les sens.

De cette fonction des couches optiques, M. Poincaré a déduit naturellement, avec M. Luys, une théorie physiologique de l'hallucination. Dans tout phénomène hallucinatoire il existe deux éléments principaux : l'un sensoriel, l'autre psychique. Ce sont les cellules ganglionnaires des centres de la couche optique qui forment le *substratum* anatomique du symptôme hallucinatoire. Ces centres, sous l'influence de causes pathologiques variées, peuvent, en effet, se mettre automatiquement en action. Les produits de l'irritation fictive des cellules de ces centres suivent la même voie que les incitations de leur activité normale et vont s'irradier, par le moyen des fibres blanches cérébrales, dans le réseau des cellules corticales. Celles-ci, mises ainsi en activité, peuvent produire des séries indéfinies de conceptions délirantes, qui présentent un caractère de systématisation et d'originalité d'autant plus grand, que les cellules corticales elles-mêmes auront conservé plus d'énergie et de vitalité. D'après cette théorie physiologique de l'hallucination, l'élément sensoriel de ce symptôme est dû à l'irritation des cellules ganglionnaires de la couche optique, l'élément psychique est la conséquence de la mise en activité consécutive des cellules de la couche corticale; ces deux phénomènes se suivent et sont indissolublement unis (1).

L'étude des hémisphères cérébraux nous amène à la physiologie psychique proprement dite, c'est-à-dire à la description du mécanisme des facultés intellectuelles, affectives et instinctives. Il y avait là un écueil ; l'auteur a su heureusement l'éviter. Faisant pour ainsi dire table rase de toutes les banalités

(1). Cette théorie physiologique de l'hallucination, due à M. Luys, est développée dans des *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*, 1 vol in-8°, avec un atlas de planches, Paris 1865. Voir aussi notre travail : *Théorie physiologique de l'hallucination*, Paris 1874.

psychologiques, tant ressassées depuis une cinquantaine d'années; mais sachant mettre à profit les aperçus ingénieux et les découvertes véritablement scientifiques des philosophes sur ce point particulier de l'étude de la nature humaine, l'auteur se place sur le terrain de la biologie et s'applique à adapter les phénomènes psychologiques aux faits physiologiques : « l'exercice des facultés intellectuelles, dit-il avec raison, est inséparable du cerveau et est rigoureusement soumis aux lois de son organisation (p. 249). »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les détails de son argumentation, nous n'analyserons pas toutes les preuves qu'il accumule à l'appui de ses théories; étant trop souvent de son avis, nous chercherons encore moins à soulever des critiques sur tel ou tel point qui aurait dû être mis plus en lumière. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions assez recommander la lecture des pages si nourries que M. Poincaré a consacrées à l'étude de la folie. La manie, la monomanie, la lypémanie, etc., y sont décrites au point de vue de la physiologie cellulaire ; c'est là la partie neuve et originale de son œuvre, elle mérite à bien des égards d'attirer l'attention des médecins et des philosophes.

Le volume se termine par la description des sommeils pathologiques : l'insomnie, le cauchemar, le somnambulisme, l'hypnotisme, la léthargie et enfin la maladie du sommeil. Toutes ces questions qui intéressent à des titres divers les médecins et même les philosophes et les gens du monde, sont étudiées, non point comme le feraient un métaphysicien et un psychologue, mais comme le biologiste qui est convaincu de n'avoir atteint le terme de l'explication d'un phénomène vital quelconque, que lorsque cette explication est contenue tout entière dans la connaissance de l'organe, de sa fonction et de sa lésion.

Dr Ant. Ritti.

Mes pages intimes, par M. Daniel Gavet, 2e édition, 1 vol. in-8°, Paris. Auguste Ghio, éditeur, 41, quai des Grands-Augustins, 1875.

Cet ouvrage, arrivé à une seconde édition, mérite à bien des égards d'attirer l'attention des médecins qui se livrent à l'étude des maladies mentales. « On serait étranger aux vraies » notions de l'aliénation, dit en effet Pinel, si on ne remon-

» tait à son origine la plus ordinaire, les passions humaines » devenues très-véhémentes ou aigries par des contrariétés » vives. » L'analyse de ces passions est un des chapitres les plus importants de l'étude de la nature humaine, c'est-à-dire de la totalité des conditions physiques et morales de l'être humain; et leur connaissance, quoique du ressort de la physiologie, a reçu et reçoit encore de nombreux éclaircissements par les travaux des moralistes, qui font du caractère de l'homme le sujet de leurs minutieuses et sagaces observations. M. Gavet est un moraliste et, sous ce titre modeste, « *Mes pages intimes*, » il livre au public près de trois mille pensées — quelques-unes très-étendues — que, depuis plus de dix ans, il jetait, au jour le jour, sur le papier suivant qu'elles lui étaient suggérées par quelque lecture, par un événement politique ou encore par une observation morale. Certes un tel livre ne peut s'analyser et la critique ne doit avoir pour but que de caractériser l'esprit dans lequel il a été écrit : par là je n'entends pas les opinions politiques et religieuses de l'auteur que je n'ai pas à discuter, mais son tempérament ou plutôt son état mental, si je puis m'exprimer ainsi. En un mot, dans quel groupe de penseurs faut-il classer M. Gavet. Est-il un disciple d'Alceste, prêt à...

« Rompre en visière à tout le genre humain »;

ou bien retrouvons-nous en lui une certaine parenté avec le doux et sympathique Vauvenargues, qui joignait à une incomparable sagacité d'observation les qualités les plus aimables du caractère; ou encore faut-il le ranger dans ce groupe d'écrivains humoristiques qui, comme Chamfort et Sterne, savent faire un alliage heureux du *plaisant* et du *sévère*? A mon humble avis, il présente tour à tour quelqu'une des qualités de ces esprits éminents; mais je ne crois pas me tromper en avançant que sa faculté maîtresse est l'*humour*, fortement teinté d'une sorte de misanthropie aimable. M. Gavet fait des reproches bien amers à notre société en général et à la nature humaine en particulier; mais semblable au médecin, curieux de son art, qui trouve la satisfaction de son esprit dans l'observation des cas pathologiques les plus rebutants, il semble se complaire dans le spectacle de tout ce qu'il considère comme mauvais; il se promène au milieu de toutes ces turpitudes pour les railler et les cribler d'épigrammes, et ce ne serait certes pas lui qui nous dirait avec Alceste :

« Trahi de toutes parts, accablé d'injustices,
Je vais sortir d'un gouffre où triomphent les vices,
Et chercher sur la terre un endroit écarté
Où d'être homme d'honneur on ait la liberté. »

Toutes les pensées de ces *pages intimes* ne sont pas neuves; mais la plupart offrent un caractère d'originalité qui nous prouve que l'auteur les a pensées par lui-même, qu'il les a profondément méditées et, pour un grand nombre, retournées avec soin, pour arriver à la netteté et à la précision.

Aussi peut-il dire avec La Bruyère : « Qu'importe que la même idée ait pu venir à d'autres avant moi ou autour de moi, si à moi aussi elle m'est venue. »

Pour faire connaître le talent de M. Gavet, il faudrait citer — et les citations intéressantes ne manqueraient pas; — mais la place nous fait défaut. Nous pourrions faire un choix heureux parmi les nombreuses pages consacrées à l'homme, à la femme, à l'amour, à l'enfant, etc. Ce que l'auteur dit de l'homme, ce *roseau pensant*, ne fera pas oublier les pages vigoureuses de Pascal, tout empreintes du génie de cet illustre penseur; mais on s'arrêtera avec plaisir à des pensées telles que les suivantes : « L'homme n'a qu'une jeunesse, qu'un » âge mûr, et il a deux enfances dont la seconde, la vieillesse, » le descend vers la mort comme la première l'initiait à la » vie. » Et plus loin, parlant des vieillards, il décrit en deux mots un fait qui constitue un des symptômes caractéristiques de la démence, cette vieillesse pathologique : « Je m'en sou- » viens, puisque cela date de loin, » peuvent dire les vieillards, « lesquels, aptes à se souvenir des choses anciennes, » oublient les choses d'hier. »

Par exemple, la science en général n'est pas son fait; il n'a pour elle et ceux qui la cultivent que des railleries et des épigrammes. La médecine et les médecins ne sont pas mieux traités; lisez plutôt. « A rapprocher ce que la médecine con- » naît de la nature, de ce qu'elle en méconnaît et en ignore, » les médecins sont des ânes; mais à rapprocher ce qu'ils » connaissent de ce que le vulgaire et tant d'hommes instruits » méconnaissent et ignorent, ce sont des ânes savants. » On croirait entendre un personnage des comédies de Molière. Il y a ainsi un grand nombre de pensées qui font tache dans le livre de M. Gavet et, s'il voulait bien nous permettre un conseil en terminant, nous l'engagerions vivement pour la prochaine édition, à faire un grand travail d'élagage, à sacrifier toutes

les pages consacrées à la politique et aux personnalités, à ne conserver enfin que les pensées diverses sur l'homme et ses passions, ce « sujet vain, divers et ondoyant ». Il formerait ainsi un bel écrin de maximes et de réflexions morales qu trouverait sa place à côté des livres de Larochefoucauld, de Pascal, de La Bruyère, de Vauvenargues ; nous consulterions souvent ce petit volume pour comparer les observations qu'il contient à celles consignées dans les ouvrages de ces savants maîtres et pour y rechercher surtout les découvertes que son auteur a pu faire dans le monde moral, dont on peut dire avec La Fontaine :

..... Ce champ ne se peut tellement moissonner
Que les derniers venus n'y trouvent à glaner.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Etude sur la mélancolie. Des troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques, par M. le Dr J. Christian ; Paris, 1876, chez G. Masson ; vol. in-8° de 224 p.

— Asile départemental d'aliénés de la Mayenne. Elévation et distribution d'eau ; construction de lavoirs, séchoirs et minoterie, par M. Etienne Perreau ; Mayenne, 1876 ; vol. in-8° de 253 p. avec 15 planches.

— Reports of the superintendent and trustees of the Butler hospital for the insane ; année 1872 ; Providence, 1873.

— Eighteenth, nineteenth and twenty-first annuals reports of the trustees of the state lunatic hospital at Taunton, anuées 1871, 1872 et 1874.

— Thirty-ninth, fortieth and forty-second annuals reports of the trustees of the state lunatic hospital at Worcester ; années 1871, 1872 et 1874.

— Sixteenth, seventeenth and nineteenth annuals reports of the trustees lunatic hospital at Northampton ; années 1871, 1872 et 1874.

THÈSES DE PARIS.

1875 (Suite).

337. Verette. De l'hsytérie aiguë, conséquence de l'arrêt subit de la menstruation.

343. Simon. D'une nouvelle variété de spasmes musculaires fonctionnels.

354. Jannin. De l'épilepsie larvée.

359. Grellière. Etude sur l'atrophie musculaire dans la paralysie générale des aliénés.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Viennent d'être promus :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.) :

MM. les Drs Giraud, directeur de l'asile de Maréville (*arrêté du 28 novembre 1875*), et Rousselin, médecin en chef de l'asile Saint-Yon (*arrêté du 20 décembre 1875*).

A la 1re classe (7,000) :

MM. les Drs Foville, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (*arrêté du 20 décembre 1875*), et M. le baron de Lagonde, directeur de l'asile Saint-Yon (*arrêté du 20 décembre 1875*).

A la 2e classe (6,000) :

MM. les Drs Broc, directeur-médecin de l'asile d'Evreux (*arrêté du 18 octobre 1875*) ; Hildenbrand, médecin en chef de la section des femmes, à l'asile de Marseille (*arrêté du 4 novembre 1875*) ; et Combes, directeur-médecin de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (*arrêté du 8 décembre 1875*).

A la 3e classe (5,000) :

MM. les Drs Dauby, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère) (*arrêté du 22 octobre 1875*) ; Barthélemy, directeur de l'asile du Mans (*arrêté du 8 décembre 1875*) ; Campan, directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (*arrêté du 25 décembre 1875*) ; et Lébègue, directeur de l'asile de Bordeaux (*arrêté du 25 février 1876*).

A la classe exceptionnelle de son grade (4,000) :

M. le Dr Dufour, médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône) (*arrêté du 29 février 1876*).

— Par arrêté en date du 4 mars 1876, M. le Dr Sisteray, médecin en chef de la section des hommes, à l'asile de Maréville, a été nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux et promu à la 3e classe de son grade (5,000).

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

La faculté de médecine de Paris avait décidé qu'elle demanderait au ministre l'établissement de chaires cliniques spéciales pour certains groupes de maladies. Le projet comportait quatre chaires : 1° maladies mentales ; 2° ophthalmologie ; 3° dermatologie ; 4° maladies des enfants.

Le principe seul avait été voté dans les séances antérieures. Hier jeudi, on a voté en particulier sur les chaires. Celle des maladies mentales a été admise. Mais on a repoussé, par 13 voix contre 7, la chaire d'ophthalmologie, et le vote s'est arrêté là. Il est à craindre que l'ensemble du projet ne soit compromis par ce vote (*l'Union médicale* du 1er février 1876).

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE.

Les sociétés médicales de Philadelphie organisent en ce moment un congrès médical international qui se tiendra à Philadelphie, du 4 au 9 septembre 1876, à l'occasion de la célébration du centenaire de l'indépendance américaine. Dans le programme qui nous est envoyé par l'un des secrétaires, le Dr Dunglison, nous lisons que l'une des sections du congrès s'occupera exclusivement des maladies mentales.

LES ALIÉNÉS A STRASBOURG EN 1814.

Les aliénés étaient détenus dans un bâtiment détaché de l'hôpital civil, au fond de la cour, et qui servait en même temps aux salles de clinique de la faculté. La cour était commune aux insensés, aux malades de l'hôpital et à ceux de la clinique, de manière qu'ils s'y promenaient tous pêle-mêle.

Fodéré, qui donne ces détails, ajoute ensuite :

« Pour les fous importuns qui crient ou se salissent, on a » imaginé d'établir aux extrémités des salles et à leurs côtés, » des espèces de cages ou armoires en planches, qui peuvent » tout au plus contenir un homme de moyenne longueur, » élevées d'un demi-pied au-dessus du sol avec un plancher » à claire-voie. Ces cages ou armoires sont jonchées d'un peu » de paille sur laquelle couche l'insensé, nu ou à demi-nu, où » il prend ses repas, et où il rend ses ordures, dont le liquide » découle de la claire-voie sur le sol de la salle ; ce qui » donne à ce malheureux réduit une infection continuelle. » Cette salle contenait vingt-six de ces cages. Il y a fort » peu d'années, ajoute Fodéré, qu'un dragon fut mis dans une » de ces cages, ayant pour voisine dans la cage contiguë une » jeune paysanne maniaque. Le soldat parvint à enlever une » planche de la cloison commune, et cohabita avec la pay- » sanne, qu'il rendit enceinte (1). »

AVIS IMPORTANT.

M. Baillarger avait entrepris, en 1861, de publier, sous le titre d'*Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, une collection d'observations choisies avec soin.

Les *Archives cliniques* paraissaient en quatre fascicules qui devaient former, à la fin de l'année, un volume d'environ 600 pages.

Le premier volume, paru en 1861, contient 97 observations.

Deux fascicules seulement ont été publiés en 1862, et forment un demi-volume de près de 300 pages. Il s'agirait aujourd'hui de compléter ce deuxième volume et peut-être, s'il y a lieu, de continuer la publication.

Nous faisons donc un nouvel appel à nos collaborateurs (2).

(1) Ce dernier fait, signalé par Fodéré, en rappelle un autre du même genre que rapporte Esquirol. « Je tiens, dit-il, d'un » médecin chargé des aliénés de l'hôpital de Stockholm, qu'un » jeune maniaque s'étant évadé de sa cellule, parvint dans » l'habitation d'une jeune femme aliénée ; qu'après s'être » abandonnés pendant la nuit à tout l'emportement des » plaisirs vénériens, le jeune homme fut trouvé mort et la » femme guérie. »

(2) Les observations devront être adressées à M. Baillarger, 8, rue de l'Université.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PSYCHOLOGIE.

DE L'INTELLIGENCE

PAR M. H. TAINE (1).

ANALYSE

Par M. Charles FEA
interne à l'asile public d'aliénés de Bron, près Lyon ;
ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Jusqu'ici M. Taine n'avait fait que des psychologies particulières. Je veux dire qu'il avait étudié les lois qui régissent le développement des créations littéraires ou artistiques, des découvertes scientifiques, isolément dans telle époque, chez tel peuple, tel individu. Aujourd'hui, dans son livre sur *l'Intelligence*, il aborde la psychologie générale, c'est-à-dire l'étude des lois de ce développement à tout instant et chez tout homme. L'importance du sujet, le nom de l'auteur qui l'a traité, la hauteur des vues de l'éminent philosophe français sur la science et la nature font de ce livre une œuvre considérable. Nous avons essayé de

(1) 2 vol. in-8°, 2e édition, 1870.

reproduire en quelques pages et aussi fidèlement que possible la doctrine de M. Taine, et nous détachons de notre analyse les extraits suivants pour les *Annales médico-psychologiques* qui veulent bien nous faire l'honneur de les accueillir.

« Si je ne me trompe, on entend aujourd'hui par intelligence ce qu'on entendait autrefois par entendement et intellect, à savoir la faculté de connaître ; du moins j'ai pris le mot dans ce sens. En tout cas, il s'agit de nos connaissances et non d'autre chose..... et si je me suis occupé des facultés, c'est pour montrer qu'en soi et à titre d'entités distinctes, elles ne sont pas. Une pareille précaution est fort utile. Par elle, la psychologie devient une science de faits, car ce sont des faits que nos connaissances. » Telle est la façon dont l'auteur envisage l'intelligence et son étude.

Partant de ce principe « que partout où l'on peut isoler et observer les éléments d'un composé, on peut, par les propriétés des éléments, expliquer les propriétés du composé, » l'auteur descend d'abord « jusqu'aux derniers éléments de la connaissance, pour remonter ensuite d'étage en étage jusqu'aux connaissances les plus simples et de là encore par degré jusqu'aux plus complexes. Dans ce par cours, les caractères de chaque échelon s'expliquent par les caractères déjà constatés dans les échelons inférieurs. » Telle est la méthode suivie dans ce livre qui se divise en deux parties. La première est consacrée aux éléments de la connaissance et la seconde aux connaissances elles-mêmes.

Nos idées n'ont pas d'autre origine que nos sensations, et pour construire l'édifice mental à l'aide de cet élément primordial, la nature emploie un procédé universel : *Elle crée des illusions et elle les rectifie.* » Telle est l'idée fondamentale de cette œuvre, et nous allons en voir le développement.

PREMIÈRE PARTIE

LES ÉLÉMENTS DE LA CONNAISSANCE.

Nos connaissances ont pour source unique nos *sensations* qui renaissent en nous au moyen de l'*image* et qui se perpétuent à l'aide des *signes*. Voilà les éléments de nos connaissances, et il faut en commencer l'étude par celle des signes.

LIVRE I. — Les signes.

Nous devons considérer le signe comme étant le premier terme d'un couple dont le second terme est la représentation de la chose signifiée. C'est ainsi qu'une note de musique est le signe d'un son que l'on peut entendre. Au point de vue qui nous occupe, le signe remplace nos sensations, il en est le *substitut :* c'est le *nom*. Il est important de connaître le mécanisme de cette substitution qui peut être simple ou à plusieurs degrés.

§ 1er *De la substitution simple.* — Que l'on entende prononcer des *noms propres* isolés, tels que Tuileries, Luxembourg, ces signes ainsi présentés sans autre accompagnement évoquent aussitôt en notre esprit un groupe d'images plus ou moins expresses, et nous voyons un jardin avec tous ses détails. Le premier terme du couple appelle à sa suite le deuxième terme. Mais jetez un de ces mots dans une phrase, telle que la suivante : « Il y a beaucoup de jardins à Paris, les uns étroits comme un salon, les autres larges comme un bois, le jardin des Plantes, le Luxembourg, les Tuileries, les squares, sans compter les nouveaux parcs qu'on arrange; » l'esprit ne reproduit plus la chose signifiée, le courant de la lecture ou de la parole ne permet pas d'en évoquer l'image ; le premier anneau du couple apparaît seul, il tient lieu du second et remplace le groupe qu'il représente. Il en est le *substitut*.

Dans ce cas, comme dans celui de tous les noms propres ordinaires, l'effacement de l'image qui constitue le second membre du couple est graduel et involontaire. En arithmétique, au contraire, ainsi qu'en algèbre, la suppression est subite et voulue. L'opération s'y montre plus nette et plus à nu. Le nom propre remplaçait totalement l'objet; en arithmétique les chiffres ne le remplaceront que partiellement, au seul point de vue que l'on veut considérer en eux, au point de vue du nombre. Maintenant poussez la substitution plus loin, n'envisagez que la fonction ou le rôle de l'objet dans l'équation où il doit entrer, l'idée de nombre représentée tout à l'heure par le chiffre devient inutile, et les lettres se substituent aux chiffres. Ces derniers étaient un extrait assez complexe de l'objet, la lettre en est un extrait plus simple. Ces remarques sont importantes, car elles font comprendre le rôle immense que joue la *substitution* dans le mécanisme de la connaissance. « Des couples, tels que le premier terme fasse apparaître le second, et l'aptitude de ce premier terme à remplacer l'autre, en tout ou en partie, de façon à acquérir soit une province définie de ses propriétés, soit toutes ses propriétés réunies; voilà l'origine des opérations supérieures qui composent l'intelligence humaine. » On en va voir le détail.

Les signes dont il vient d'être question peuvent être envisagés comme des expériences présentes qui nous suggèrent l'idée d'une expérience possible. En effet, un nom propre évoque la représentation d'un être qui a une existence réelle. Mais il existe d'autres signes qui sont les premiers termes d'un couple, où le second terme n'est pas un objet dont nous puissions avoir perception et expérience. Ce sont les *noms communs*, tels que polygone, arbre, etc., signes des plus importants, car c'est par leur moyen que nous faisons les classifications, les jugements, les raisonnements.

Le nom commun est général, parce qu'il convient à un

genre, ou groupe d'objets semblables; il est abstrait, parce qu'il désigne une portion d'individu, laquelle se retrouve dans tous les individus du groupe. Donc l'idée qu'il évoque est une abstraction, une qualité générale, et le dernier terme du couple échappe à toute représentation sensible. Il est le substitut d'une expérience impossible. Ces noms d'arbre, de polygone, réveillent bien en nous une image générale; mais elle est vague et mobile, aux formes changeantes et indécises, tandis que l'extrait noté par le *nom propre* est net et précis. Notre esprit ne l'imagine pas, il le conçoit. Veut-on voir naître ces noms communs? Que l'on s'observe avec soin après qu'une série d'objets semblables vient de frapper nos regards. On s'aperçoit alors que tous ces objets pourvus d'une qualité commune nous font éprouver une certaine *tendance* correspondant à cette qualité commune, ne correspondant qu'à elle et se traduisant par un geste, une mimique chez le sauvage; par un mot, le nom chez l'homme civilisé. C'est là la faculté du langage. Vous observez tour à tour des pins, des frênes, des châtaigniers, et vous concevez l'arbre en général. Vous prononcez le nom d'arbre. Maintenant, que le nom qui ne désignait qu'une qualité générale, en désigne un groupe, qu'il se remplisse pour ainsi dire, il deviendra le représentant mental d'un groupe de qualités générales. On a alors le nom *collectif*.

La création de ces noms communs est un artifice spontané de notre nature, qui ne pouvant apercevoir ni maintenir isolées dans notre esprit les qualités générales, associe les qualités abstraites à un nom, à une figure facile à imaginer ou à reproduire, capable de les évoquer rapidement, et qui désormais les remplacera dans nos opérations intellectuelles. Ces noms composent l'ameublement principal d'une tête pensante; nous les appelons *idées*. L'idée générale n'est donc qu'un nom commun pourvu de deux caractères. Il a d'abord la propriété d'être évoqué par

tout individu de la classe ; secondement il évoque en nous les images des individus de cette classe et de cette classe seulement.

§ 2. *Des idées générales et de la substitution à plusieurs degrés.* — Jusqu'à présent nous n'avons étudié que la substitution simple. En premier lieu un objet matériel unique est remplacé par un signe qui est le nom propre. A ce moment la représentation matérielle de la chose signifiée est possible. En second lieu on a comparé ensemble plusieurs objets de même nature, on a saisi un caractère commun à tous, on l'a représenté par un signe qui est le nom commun. Dans ce cas la représentation sensible du deuxième terme du couple ne peut plus avoir lieu, mais là encore c'est l'expérience qui est la source de nos idées, car ce sont des expériences qui, par leurs caractères communs, éveillent en nous une tendance distincte, et ce nom que nous appelons une idée. Cependant il est des choses dont nous ne pouvons avoir expérience ; qui, ne produisant pas en nous une impression distincte, sont incapables de provoquer en notre esprit une tendance distincte et un nom. Tels sont les nombres, les objets géométriques, les propositions mathématiques, l'infini, l'espace. Nous avons pourtant de ces données une idée très-exacte et très-nette. Par quel mécanisme ? Toujours par la substitution qui, au lieu d'être simple comme dans les cas précédents, se fait à *plusieurs degrés*.

Considérons le premier nombre venu, par exemple 36. Tout le monde entend très-bien ce que signifie ce signe, mais personne ne l'a formé en le substituant d'emblée à une tendance née à la vue d'une collection de 36 individus. Pour comprendre son mode de formation, il faut remonter aux origines. Lorsque nous apercevons 2, 3, 4 objets de même nature, nous pouvons négliger toutes leurs qualités respectives ; tenir compte de ce fait seulement

qu'une partie de notre impression s'est répétée ; sentir que l'expérience faite sur le premier est semblable par un certain point à celle reproduite sur le second, le troisième, le quatrième ; éprouver après ces expériences successives une tendance consécutive distincte et correspondant à leur nombre, et comme toutes les tendances, celle-ci aboutit à un signe qui est un nom de nombre. Mais la difficulté de cette substitution va croissant à partir du nombre 5, et il y a toujours un chiffre plus ou moins élevé, où tout esprit s'arrête. Pour remédier à cet inconvénient, on néglige le groupe qui correspond au mot substitut. Qu'un nouvel objet semblable aux précédents se rencontre après que nous avons prononcé le mot quatre, il formera avec le mot un groupe nouveau ; il naîtra alors une tendance analogue à celle qui nous a fait prononcer le mot quatre, et cette tendance nouvelle aboutit à un nouveau nom, cinq. Ce nom est le premier terme d'un couple où le deuxième terme est un substitut plus l'unité. Il est le produit d'une substitution à deux degrés. En procédant de cette même façon, nous arrivons par une série de substitutions au nombre 36, et l'on voit que notre idée d'un nombre est un nom substitut d'un autre nom joint à l'unité. C'est donc grâce à des suites de remplacements superposés que nous pouvons nommer et penser certaines propriétés abstraites, particulières aux groupes, propriétés qui semblaient devoir pour toujours dépasser notre pouvoir intellectuel.

En géométrie même série de substitutions. Nous réunissons un caractère abstrait à un autre caractère abstrait, et le composé total désigne une chose nouvelle, en dehors de nos sens et de notre expérience. En mathématiques, toutes les conceptions de cette science sont formées par cette voie. Les produits obtenus par l'union de deux abstraits fort simples, sont à leur tour combinés entre eux et donnent des produits plus complexes, fruits de la substitution à plusieurs degrés. Et la notion de l'infini n'entre-t-elle pas dans

notre esprit avec certaines formules? Deux divisé par 3, donne une fraction décimale infinie 0,6666, etc. On n'aperçoit pas distinctement la série infinie de ces éléments, mais l'abstraction nous fait reconnaître dans cette formule une propriété de régénération inépuisable, infinie, et nous pensons cet infini, objet idéal, par une formule qui en est le substitut.

« Des objets infinis, séries ou quantités, peuvent donc être représentés par une propriété abstraite; il suffit que celle-ci soit leur génératrice. Elle devient le substitut de ces objets, et par là, indirectement, ces objets deviennent présents. Voulons-nous concevoir deux grandeurs abstraites véritablement infinies, le temps et l'espace? Nous en prenons un fragment, telle courte portion de durée comprise dans nos sensations successives, telle étroite portion d'espace comprise dans nos sensations simultanées. Nous considérons à part ce morceau; nous en extrayons cette propriété qu'il a d'être débordé par un au delà absolument semblable à lui-même. Nous posons cette loi générale que la grandeur en question se continue hors elle-même par une autre grandeur toute pareille, celle-ci de même et ainsi de suite, sans qu'une limite puisse intervenir. A cela se réduit notre conception du temps infini et de l'espace infini, mais le résultat est le même que si notre imagination pouvait nous représenter l'étendue infinie en trois sens qu'on nomme l'espace. »

En résumé, nos idées générales ne sont que des noms substituts d'expériences impossibles, et il faut se garder d'une illusion naturelle qui consiste à séparer l'idée du nom. Dans une impression ou série d'impressions souvent répétées, notre esprit ne s'attache qu'à la portion intéressante et utile et néglige l'autre. C'est ainsi, que frappés de l'importance du caractère abstrait représenté par le signe, nous ne tenons plus compte de ce signe, nous en séparons l'idée pour lui donner une existence pure et incorporelle;

nous supposons un être dont elle soit l'action, et cet être nous l'appelons esprit. Mais écartons cette erreur, et nous verrons que ce que nous appelons une idée pure n'est jamais qu'un nom prononcé entendu ou imaginé ; que ce que nous avons eu nous-même lorsque nous pensons les qualités et caractères généraux des choses, ce sont des signes, ce sont les *images* des noms remplaçant la perception absente ou impossible de ces caractères et qualités. Or les noms n'étant qu'une classe d'images, les lois des idées se ramènent à celles des images. Ce sont donc les images que nous allons étudier.

LIVRE II. — Les images.

§ 1er *Nature et réducteurs de l'image.* — L'image doit être définie une répétition ou résurrection de la sensation dont elle se distingue d'abord par son origine, car elle succède à la sensation ; ensuite par son association avec un antagoniste spécial qui a pour mission de nous la faire promptement reconnaître comme intérieure. Puisque l'image a la sensation pour antécédent, on peut dire qu'elle en est le *substitut*, elle la remplace en la ressuscitant, partant elle permet les mêmes combinaisons d'idées, elle est l'origine des mêmes mouvements instinctifs et des mêmes sensations associées ; enfin dans quelques cas, l'intensité, l'énergie de sa production la transporte au voisinage de la sensation. Par sa substitution aux sensations elle nous donne la connaissance soit des événements futurs ou passés, soit des propriétés groupées qui composent chaque objet individuel extérieur. Bref, par leurs liaisons « les images composent ce groupe qu'en langage judiciaire et littéraire on appelle la personne morale. »

Et en effet, au fond de l'être pensant que trouve-t-on ? Outre les sensations on ne voit que des images de diverses sortes, primitives ou consécutives, ayant de certaines

tendances et modifiées dans leur développement par le concours ou l'antagonisme d'autres images simultanées ou contiguës. Les souvenirs ne sont que des images ayant des propriétés particulières. Les perceptions acquises, c'est-à-dire tout ce qui dans la connaissance des objets individuels extérieurs dépasse la sensation présente, ne sont que des images associées aux sensations des divers sens. Les prévisions, c'est-à-dire la connaissance des événements futurs ne sont que des images d'un certain genre et associées d'une certaine façon. Les idées ne sont que les images des signes correspondant aux caractères généraux des choses. Partout, aussi loin que le regard peut fouiller dans ce monde intime, on ne rencontre que des images, et l'image étant le substitut de la sensation, la sensation se retrouve au fond de tout. Il faut donc connaître l'image dans tous ses détails.

Si l'on peut dire qu'elle est une sensation spontanément renaissante, on doit ajouter qu'elle est moins énergique et moins précise que la sensation proprement dite. De plus, son énergie et sa précision varient selon les individus, ce que l'on traduit ordinairement en disant que les hommes ont plus au moins de mémoire. L'intensité de l'image est encore plus ou moins grande, suivant les diverses sortes de sensation ; c'est ce que l'on exprime en disant que tel homme a surtout la mémoire des formes, tel autre celle des couleurs, tel autre celle des sons.

Cette puissance de l'image à reproduire les sensations est quelquefois énorme. Les enfants habitués à calculer de tête, font mentalement leurs opérations à la craie sur un tableau imaginaire. Certains joueurs d'échecs peuvent conduire une ou plusieurs parties les yeux fermés, et l'échiquier leur apparaît alors avec une netteté qui équivaut absolument à la sensation que leur donnerait la vue. Il existe des peintres qui peuvent faire des portraits de mémoire, et les grands musiciens entendent, à la lecture

d'une partition, non-seulement les accords et leur succession, mais encore le timbre des instruments. Diverses circonstances extérieures accusent encore davantage cette ressemblance de la sensation et de l'image en donnant à cette dernière plus de précision et plus de netteté. Le voisinage immédiat de la sensation, la crainte qu'elle inspire, son attente, son importance sont autant de causes qui augmentent l'intensité de l'image, à un tel point que cette image peut être prise, au moins pour un instant, pour la sensation correspondante. Des hommes sont tombés évanouis en présence d'un drap qu'ils prenaient pour un fantôme, et revenus à eux, ils affirmaient avoir vu des yeux flamboyants, une gueule menaçante. Cependant, même à ce degré, l'image diffère de la sensation. Nous la reconnaissons en général promptement comme intérieure, et l'illusion qui l'accompagne est rapidement rectifiée. C'est qu'il y a deux moments dans la présence de l'image ; l'un affirmatif, nous portant à l'extérioriser, l'autre négatif corrigeant la fausseté de cette extériorisation.

C'est une sensation contradictoire qui le plus souvent joue le rôle de *réducteur*, et l'erreur fugitive qui naît avec l'image disparaît sous le choc rapide de la sensation réelle. Cet antagonisme de la sensation n'est pas le seul que rencontre l'extériorisation de l'image. Les souvenirs et les jugements généraux remplissent aussi cette fonction. Par leur cohésion ils forment un corps auxiliaire, mais le principal rôle appartient à la sensation réductrice. Que cette sensation fasse défaut, l'extériorisation persiste, et l'image n'étant plus distinguée de la sensation, *l'hallucination* est créée. L'état de rêverie qui précède le sommeil réalise ces conditions. Les sensations produites en nous par le monde extérieur s'effacent par degrés, les images au contraire deviennent intenses, distinctes et revêtent la vie des objets extérieurs. D'autrefois, à l'état de veille, l'image devient prépondérante et anéantit la portion de sensation qui la

contredirait. Ce phénomène arrive, entre autres circonstances, après de grandes fatigues d'un sens, et il reste compatible avec l'intégrité de la raison. Le corps réducteur auxiliaire intervient ; le patient comprend son erreur, tandis que l'halluciné aliéné n'en a pas consience. La solitude, le silence, l'obscurité, le manque d'attention, toutes circonstances qui suppriment ou diminuent la sensation correctrice facilitent ou provoquent l'hallucination. Au contraire elle est affaiblie ou détruite par tout ce qui peut faire naître ou fortifier cette sensation correctrice, comme la compagnie, la lumière, la conversation, l'éveil de l'attention. Cela s'explique si l'on réfléchit que les sensations normales se tiennent, et que lorsqu'une sensation normale reprend sa prépondérance ordinaire, il y a des chances pour que les autres sensations annulées reprennent aussi leur ascendant. Enfin si l'hallucination naît par suite de l'absence de la sensation normale correctrice, *l'illusion* se produit malgré cette sensation normale. Elle survient lorsque l'image a une telle tendance à s'extérioriser que le phénomène a lieu à l'occasion de toute excitation venue du dehors. Aussi la réduction se rencontre non plus dans la prédominance mais dans l'absence de toute sensation.

§ 2. *Loi de la renaissance et de l'effacement des images.* — L'image d'une sensation peut renaître après un long intervalle. Parfois elle semblait morte à tout jamais, et c'est le souffle de la maladie qui la réveille. Témoin cette jeune fille de vingt-cinq ans, très-ignorante, ne sachant pas lire, qui, tombée malade, récite dans son délire de longs morceaux de latin, de grec, d'hébreu. On remonte dans son passé, et on découvre qu'à l'âge de neuf ans, elle habitait avec un pasteur, son oncle, qui avait l'habitude de répéter tout haut ces passages favoris de grec et d'hébreu. Le haschich, l'agonie, la submersion, les émotions puissantes, tirent souvent de la léthargie où elles semblaient figées des

sensations déjà bien lointaines. Cette renaissance n'a pas de limites, car toute sensation éprouvée conserve une aptitude indéfinie à revivre par l'image.

Cependant en l'absence de ces excitants exceptionnels, toutes les sensations n'ont pas cette puissance au même degré, et il faut certaines circonstances générales pour leur imprimer cette aptitude. Ainsi, l'impression primitive a-t-elle été accompagnée d'un degré *d'attention* extraordinaire, soit à cause de l'horreur ou du plaisir qu'elle a provoqué, soit parce qu'elle était nouvelle et hors de proportions avec le train courant de notre vie? Alors une image viendra reproduire fréquemment cette sensation à notre esprit. C'est ce qui arrive pour les impressions d'enfance où tout est neuf, tout est nouveau. Que l'attention soit volontaire ou involontaire, elle amène toujours le même résultat; elle annule plus ou moins toutes les sensations, images ou idées, au profit d'une seule qui prend par là une influence dominante, et la sensation ressuscitant dans l'image, quand cette sensation aura été plus forte, l'image qui la reproduit reviendra plus forte et plus fréquente. A ce moment survient une véritable lutte pour l'existence. A chaque instant cette lutte s'établit entre nos images. Celle qui avait une énergie plus grande à son origine refoule d'abord facilement ses rivales, mais toujours attaquée par elles, sourdement minée par les lois de l'évanouissement progressif, elle voit sa vitalité s'affaiblir, sa prépondérance disparaître, et elle laisse enfin le champ libre à d'autres images, qui vont à leur tour dominer la scène. C'est que les événements mentaux sont également soumis à la loi de la sélection naturelle.

La seconde cause des réviviscences longues et complètes est la *répétition*, et comme l'image n'est que la répétition de la sensation, cette sensation ainsi deux fois répétée devait laisser après elle une tendance double et qui s'accroîtra incessamment. C'est ce qui arrive quelquefois lorsque l'intérêt se renouvelle, lorsque la volonté intervient, mais le plus

souvent la nouvauté diminuant, l'intérêt diminue, et loin de s'accroître, la tendance à renaître s'évanouit.

Outre ces deux circonstances générales de la réviviscence, *attention* et *répétition* de *l'impression*, il existe des circonstances particulières qui évoquent à tel moment telle image plutôt que telle autre. Pour les démêler, il faut considérer non plus des images isolées, mais des suites d'images. Si on prend un des éléments, un des anneaux de cette chaîne, et qu'on examine comment il émerge, on trouve que c'est lorsqu'il a déjà commencé à émerger. C'est qu'à vrai dire il n'y a pas d'images séparées. Chaque image éveille à son extrémité antérieure la terminaison d'une image, et à son extrémité postérieure le commencement d'une autre image. Elle continue celle qui la précède, et sa fin coïncide avec le commencement de celle qui la suit. Cette dernière entre à son tour en résurrection quand la première disparaît, et ainsi des autres. L'image naît alors par *contiguité*. En cela l'image, écho fidèle de la sensation, ne fait qu'en reproduire la marche, car il n'y a pas de sensations séparées, ce n'est que par une coupure arbitraire que nous les isolons. En y regardant de près, on voit qu'une sensation est un état qui commence en continuant les précédents, et qui finit en se perdant dans les suivants. De plus, comme souvent diverses sensations sont en partie semblables, sitôt que l'image de l'une d'entre elles apparaît, l'image des autres se montre en partie, et dans ce cas elle naît par *similitude*. C'est là le second mode de réviviscence de l'image, mais qu'elle soit évoquée par contiguïté ou par similitude, toujours l'image qui renaît a déjà commencé à renaître ; toujours il y a eu un commencement de résurrection, et la renaissance partielle a précédé la renaissance totale. Parfois, il est vrai, cette renaissance partielle nous échappe ; l'idée semble de prime abord avoir surgi à l'improviste et au hasard, mais un peu d'attention fera retrouver facilement l'intermédiaire par lequel est appliquée l'une des deux lois précédentes.

Ces mêmes lois rendent aussi compte de *l'effacement* des images. Le manque d'attention, l'absence de répétition expliquent le nombre énorme de sensations qui perdent leur aptitude à renaître. Nos impressions sont solitaires le plus souvent, et n'étant plus fortifiées par la répétition, elles succombent dans la lutte pour l'existence qu'elles soutiennent contre leurs rivales. Ainsi chaque jour nous dépouille de quelque souvenir. Etouffés par des sensations et des images prépondérantes, ils s'étiolent et s'effacent, et à mesure que nous avançons dans la vie nous semons derrière nous ces témoins d'un temps qui n'est plus.

De plus la variété et la répétition de l'expérience émousse la netteté de l'image. Si nous voyons la même personne, le même monument huit ou dix fois, le contour des formes est bien moins net que le lendemain du premier jour L'image qui tend à renaître, entraîne avec elle les images de ces différents accompagnements, et au lieu d'une reproduction exacte, nous n'avons qu'une impression. Le même phénomène se reproduit pour les différents objets d'une même classe. Combien peu de précision dans l'image d'un bœuf, d'un peuplier que nous voyons si souvent, comparée à celle d'un objet d'une classe plus rare, d'un éléphant par exemple ! C'est ainsi que la plupart de nos sensations ne subsistent point en nous à l'état d'images expresses, mais à l'état de tendances sourdes et consécutives, qui d'ordinaire se terminent par un geste expressif, une métaphore, un résumé sensible. C'est là l'origine du nom général déjà étudié en parlant du signe.

Enfin l'apparition des images est subordonnée à certains états de l'encéphale. Une altération, un afflux, un appauvrissement du sang, un changement survenu dans la substance cérébrale en suspend ou en rétablit le cours. Des chocs, des hémorrhagies peuvent effacer temporairement ou définitivement tout un groupe d'images. A la suite d'un de ces accidents, tel désapprend une langue étrangère et cette langue

seulement. Tel autre voit se détacher de ses souvenirs quatre années de sa vie, et seules ces quatre années tombent dans l'oubli. Un troisième ne se rappelle plus les noms prononcés, mais entend très-bien les noms écrits. Et de même qu'une disposition organique nouvelle peut être défavorable aux aptitudes ordinaires, pareillement une disposition organique insolite, peut ressusciter des aptitudes perdues. Une blessure de tête fait revenir la connaissance d'une langue oubliée depuis longtemps. Bien plus, ces deux états peuvent se combiner et se succéder périodiquement chez le même individu qui aura deux vies, deux états moraux différents, deux mémoires, la première ne rappelant que les événements du premier état, et la seconde ne rappelant que ceux du second état. Le somnambulisme nous présente souvent un exemple de ce cas qui se retrouve chez cet ivrogne oubliant ce qu'il a fait pendant un accès d'ivresse, pour n'en recouvrer le souvenir que par une ivresse nouvelle.

Ainsi naissent, ainsi vivent, ainsi meurent nos images, et leur histoire est celle de l'esprit humain. Elles sont en conflit incessant de prépondérance. Leur monde est mobile et changeant, et les lois de leurs renaissances, unies aux lois de leur effacement les renouvellent sans cesse. Elles constituent l'être moral. Grâce à leur aptitude à renaître, elles assemblent en groupe nos événements internes, et par leur liaison elles constituent la continuité de l'être moral, conséquence de la continuité de l'être physique.

LIVRE III. — Les sensations.

Les idées se réduisent à une classe d'images et les images ne sont que la résurrection des sensations. La sensation est donc le fait primitif dont tous les autres ne sont que des transformations. Pour la définir il faut la dégager des faits qui l'accompagnent. Il faut la distinguer de la propriété

inhérente au corps extérieur qui la provoque. Il faut en retrancher la faculté que nous possédons d'en *situer* la cause. Il faut enfin faire abstraction de l'état du nerf et des centres nerveux qui la font naître par leur ébranlement, et ainsi circonscrite « elle est ce premier événement intérieur, connu sans intermédiaire, accompagné d'images associées qui la situent, excité par un certain état du nerf et des centres nerveux, état inconnu et qui d'ordinaire prend naissance à la suite du choc des objets extérieurs. » C'est par elle que ces objets trouvent un représentant mental. Elle les transcrit pour notre esprit avec une approximation plus ou moins grande. En un mot elle en est le substitut.

Nous touchons en ce moment les fondements de notre connaissance. Par une série de modifications successives, le fait provoque la sensation qui en est le substitut; l'image est le substitut de la sensation; le nom individuel est le substitut d'images et de sensations momentanément absentes; les noms généraux sont des substituts d'images et de sensations impossibles. Grâce à ce remplacement, les faits du dehors ont leurs représentants internes, et ainsi transformés, ils sont la matière unique de toutes nos connaissances.

Depuis longtemps on a essayé de classer les sensations. Mais si les classifications proposées offrent des commodités pratiques, elles sont insuffisantes au point de vue scientifique. Elles ne disent rien sur la nature intime de la sensation. C'est qu'ici nous manquons d'éléments comparables comme la grandeur, la forme, la position, le nombre, qui sont la base des sciences physiques. Nous n'avons pas davantage les points de vue d'après lesquels se construisent les sciences morales, à savoir les images, les idées générales. Cette impuissance à réduire nos sensations en éléments se comprend si l'on réfléchit qu'elles sont elles-mêmes les éléments de nos connaissances. Elles semblent donc

vouloir se soustraire à nos recherches, et garder le secret de leur composition.

Cependant elles ont des éléments, et ce que la conscience ne peut démêler, la science nous le montre. Elle pousse même l'analyse assez loin pour permettre de conclure que toutes les sensations sont des totaux ; qu'elles sont constituées par une succession de *sensations élémentaires* très-nombreuses et de très-petite durée, qui ne diffèrent entre elles que par leur nombre, leur étendue, leur proximité que ces sensations élémentaires ont besoin de s'ajouter les unes aux autres pour arriver jusqu'à la conscience ; que leur rhythme correspond au rhythme spécial d'un événement extérieur, à une ondulation éthérée ou aérienne, à un système de mouvements atomiques ; enfin, que ce qui spécialise un nerf des sens, c'est son aptitude à traduire tel rhythme plutôt que tel autre. Ainsi « chacun des sens spéciaux est un idiome spécial constitué pour représenter un seul ordre de faits. »

Il est un groupe de sensations où la réduction en éléments peut être complète : ce sont celles de l'ouïe. La sensation du son correspond à l'ébranlement du nerf acoustique, ébranlement ordinairement excité par les vibrations de l'air. L'analyse, aidée de l'expérimentation, nous montre que chacune de ces vibrations éveille en nous une sensation élémentaire presque toujours imperceptible à la conscience, « distincte cependant dans les sons très-graves où l'oreille « perçoit les pulsations de l'air. » Or, en étudiant dans les sons l'arrangement des vibrations, on voit que les différences qui semblent de prime abord isoler si profondément les sons les uns des autres peuvent se ramener à quatre points de vue, la hauteur, l'intensité, le timbre et la distinction du bruit et du son musical. La hauteur dépend du nombre des vibrations ; l'intensité, de leur amplitude ; le timbre, de leur forme, forme variable parce qu'au son fondamental se surajoutent des harmoniques en nombre va-

riable suivant les instruments; enfin le bruit est formé par des vibrations de longueur et de vitesse inégales, tandis que le son musical ne renferme que des vibrations égales en longueur et en vitesse. Ces notions admises, on trouve que deux données suffisent pour construire toutes les sensations du son : d'une part la sensation élémentaire, répondant à une vibration, d'autre part cette quantité qu'on appelle le temps. « Deux sensations élémentaires sont discontinues ou continues, c'est-à-dire séparées par une portion appréciable ou non de cette quantité ; alors le son est nul ou appréciable. — Elles occupent des portions égales ou inégales de cette quantité ; alors le son est musical ou non musical. — Les positions ainsi occupées sont plus grandes ou plus petites; le son est plus grave ou plus aigu. — Concevez maintenant la grandeur ou intensité de la sensation elle-même; avec cette nouvelle donnée la construction s'achève. — La sensation élémentaire ayant un maximum de grandeur, les maxima de deux sensations élémentaires peuvent être discontinus ou continus, c'est-à-dire séparés par une portion de temps appréciable ou non ; alors le son est composé de portions appréciables (son très-grave, octave inférieur de l'orgue), ou il est uni. — Les maxima de deux sensations élémentaires sont plus ou moins grands que le maxima de deux autres, alors le son est plus ou moins intense. — Au même son s'ajoutent divers groupes de sons moins intenses, mais dont l'acuité est un multiple de la sienne (harmoniques), alors le son a tel ou tel timbre. — En sorte que toutes les différences de son, en apparence irréductibles, se réduisent à des différences de grandeur introduites dans la même sensation élémentaire, ces différences étant fournies tantôt par la grandeur ou intensité de la sensation elle-même, tantôt par cette grandeur particulière que nous nommons le temps. — La différence en *qualité* se réduit à une différence de *quantité*. »

Pour les sensations de la vue on peut pratiquer une ré-

duction semblable, mais un peu moins complète. Là, ce sont des vibrations de l'éther qui sont la cause de ces sensations. Au plus profond de l'analyse on trouve encore « trois sensations élémentaires (rouge, violet et probablement vert), qui toutes ensemble, mais chacune différemment, sont excitées par un rayon simple du prisme. Leur assemblage fait une couleur spectrale ; plusieurs couleurs spectrales réunies forment le blanc, le pourpre et une infinité de composés d'après une loi fixe, et l'addition du noir c'est à-dire l'affaiblissement de la sensation totale, introduit encore une infinité de nuances dans tous ces produits. Ces produits eux-mêmes en se combinant, forment les couleurs ordinaires que nous observons dans le monde environnant. » Cette impossibilité à passer au delà de ces trois sensations élémentaires se conçoit si l'on songe à la complication du sens de la vue. Nous avons pour chaque ondulation trois sensations au lieu d'en avoir une, et à l'extrême rouge où les vibrations se succèdent le plus lentement, il y en a encore quatre cent cinquante un billions par seconde.

Pour l'odorat et le goût, les réductions sont encore moins avancées. Nous savons que l'ondulation est le mode d'action de l'air et de l'éther, mais nous ignorons celui des substances volatilisées qui agissent sur les nerfs olfactifs, et celui des substances liquéfiées qui agissent sur les nerfs gustatifs.

Cependant il est possible d'entrevoir un fait ultime, commun à ces sensations d'ordre différent. En effet, l'événement dernier et immédiat de la gustation et de l'olfaction nous apparaît comme devant être une combinaison chimique. Cette combinaison a lieu entre nos liquides sécrétés et la particlue dissoute du corps sapide arrivé au contact de la papille nerveuse. Elle se produit sur la pituitaire, entre la particule odorante et l'oxygène. Or, qu'est-ce qu'une combinaison chimique ? C'est un système distinct de déplacements prodigieusement petits et rapides. C'est un changement d'équilibre survenu dans une molécule par l'ad-

jonction d'un atome d'une autre espèce. Lors donc que la molécule arrive au contact d'une fibrille olfactive ou d'une papille gustative, cette molécule est le siége de mouvements atomiques qui provoquent dans le nerf une action correspondante. Et si tel est l'antécédent immédiat de l'action de chaque filet olfactif et gustatif, ne voit-on pas combien il ressemble à l'antécédent immédiat de l'action du nerf optique? Seulement nous connaissons et nous pouvons mesurer les ondes de l'éther, et la chimie ne peut que constater ses systèmes de déplacements, elle est encore impuissante à les mesurer.

Quant au sens du toucher, nous ne pouvons nous former une idée de ses sensations élémentaires, car elles ne correspondent à aucun événement élémentaire connu. Nous en sommes réduits à l'hypothèse. La physiologie ramène les données de ce sens à trois ordres de sensations : contact, température, plaisir ou douleur. Il est inutile de supposer que ces sensations élémentaires ressortissent à trois sortes de nerfs, il suffit d'admettre dans la terminaison du même nerf, dans ses appendices et ses dépendances une modification spéciale provoquée par les divers agents extérieurs, causes de nos sensations. Ces modifications impriment au même nerf des systèmes différents de déplacements moléculaires transmissibles. « Composés d'éléments semblables, ces systèmes différents constituent des types ou rhythmes dissemblables. Indéfinissables pour nous dans l'état présent de la science, ils sont comme tout déplacement, définissables en eux-mêmes par la vitesse, la grandeur et l'ordre de leurs éléments, et nous pouvons admettre que selon l'ordre de ces éléments, ils éveillent en nous tantôt la sensation de température, tantôt celle de contact, tantôt celle de douleur. »

Malgré de bien grandes lacunes, nous voyons que les mêmes *sensations élémentaires* peuvent par leurs différences de nombre, d'intensité et de proximité constituer les sensa-

tions totales que la conscience juge irréductibles entre elles. Les sensations qui en apparence diffèrent de *qualité* ne diffèrent qu'en *quantité*, et cela non-seulement dans le cercle de chaque sens, mais encore probablement d'un sen à un autre. Il n'y aurait donc pour tous les sens qu'une sensation élémentaire capable de divers rhythmes suivant chaque sens.

LIVRE IV. — Les conditions physiques des événements moraux.

Par delà les sensations perçues par la conscience se trouvent donc un monde de sensations qui défient son observation. Il est composé d'éléments infinitésimaux, et il s'étend à l'infini. Puisque pour l'explorer la conscience nous est un instrument inutile, là s'arrête la psychologie. Voyons ce que nous apprendra l'anatomie ou la physiologie, et étudions les conditions physiques des événements moraux.

§ 1^er^. *Les fonctions des centres nerveux.* — Et d'abord quelles sont les conditions de la sensation? En premier lieu il y a l'événement physique extérieur, l'ondulation aérienne ou éthérée, l'action chimique du corps volatil. Mais cette condition est indirecte; elle est secondaire, car elle ne provoque la sensation que grâce à l'excitation du nerf. Le nerf lui-même n'est qu'un intermédiaire. Son action, bien que directe, n'est encore qu'accessoire, puisque la seule excitation des centres nerveux peut faire naître des sensations en dehors de son intervention. Nous concluons donc qu'une action des centres nerveux est la condition nécessaire et suffisante de la sensation.

Mais quel est dans l'encéphale le siége des sensations pures, et quel est celui des images? Pour ce qui est de la sensation brute, non élaborée, la physiologie nous apprend que la sensation tactile, celle de l'ouïe et celle du goût ont leurs centres de perception dans la protubérance; que le

centre de perception de la vue se trouve dans les tubercules quadrijumeaux, et que l'on ne sait encore où placer celui de l'odorat. Pour ce qui est des images, l'expérimentation place leur siége dans l'écorce grise des lobes cérébraux. C'est dans leurs cellules corticales que prennent naissance toutes les opérations dépassant la sensation pure, toutes les connaissances ou idées. La substance blanche de ces lobes, au contraire, ne joue qu'un rôle de conducteur. Elle propage d'un point à l'autre de la substance grise l'action qui, dans la protubérance et les quadrijumeaux, a éveillé la sensation brute. Maintenant, vouloir définir cette action, ainsi que celle de la substance grise, serait s'exposer à tomber dans l'hypothèse et, arrivé à ce point, on est obligé de s'arrêter.

Cependant une vue d'ensemble jetée sur les fonctions du cerveau permet de le considérer comme un organe *répétiteur et multiplicateur* où les divers départements de la substance grise remplissent les mêmes fonctions. C'est ainsi qu'un hémisphère supplée à l'autre. Une portion d'hémisphère, pourvu qu'elle soit assez grande, supplée le reste. A mesure que la vivisection retranche une portion de plus en plus grande des lobes cérébraux, on ne voit pas telle ou telle province intellectuelle disparaître, mais toutes s'affaiblir également et par degrés, jusqu'au moment où toutes s'éteignent à la fois. Les hémisphères se composent donc de groupes, d'éléments mutuellement excitables, comprenant un nombre indéterminé de cellules et de fibres, et qui chacun isolément possède une action suffisante pour susciter toutes les images normales et fournir à toutes les opérations de l'esprit. Là est la clef de cette aptitude à durer et à revivre que possèdent les images. L'action des centres sensitifs (protubérance, tubercules bijumeaux), action qui est incapable de renaître sans une autre excitation, éveille la sensation primaire ou brute. Elle se propage à ces groupes de la substance corticale, qui possèdent au contraire une action

susceptible de renaissance spontanée. Alors les sensations sont élaborées et se transforment en images. Les groupes corticaux *répètent* donc l'action des centres sensitifs, et à cause de leur excitabilité mutuelle et spontanée, cette action une fois répétée par l'un d'eux, *se transmet* tour à tour aux autres, et peut renaître indéfiniment. Mais que survienne une nouvelle excitation des centres sensitifs, provoquant une nouvelle action dans un des éléments cérébraux, comme la première, elle se propagera dans les autres éléments. D'où conflit et lutte pour la prépondérance. En ce moment interviennent les lois de la renaissance et de l'effacement des images, et celle des deux images qui de par ces lois sera la plus forte verra sa prépondérance assurée par la propagation de l'action qui la suscite à travers un plus grand nombre d'éléments. Puis surviendra une nouvelle action, avec les mêmes vicissitudes et ainsi de suite. Mais les images vaincues dans cette lutte ne mourront pas. Elles demeureront à l'état rudimentaire et latent, et se réfugieront dans ceux des éléments que n'occupe pas l'image prépondérante. A mesure que diminuera le nombre des éléments récepteurs des images refoulées, l'intensité de ces images faiblira, et nous les verrons peu à peu reléguées à l'état de nébuleuses. Bientôt même, chaque image réfugiée dans un élément unique, échappera à notre conscience. Elle sommeille, mais vienne une circonstance favorable ; que le champ lui soit libre, elle va se réveiller, regagner de proche en proche le terrain perdu, redevenir perceptible à la conscience en occupant un nombre d'éléments de plus en plus grand et à son tour elle pourra tenir la scène en maîtresse.

Donc tous les événements moraux perceptibles à la conscience dépendent du mouvement moléculaire des centres nerveux. Mais ce mouvement éveille encore des événements bien plus nombreux, qui n'ont pas la capacité d'apparaître au moi. Tel est ce grand nombre d'images et d'idées latentes

qui, pour arriver jusqu'à la conscience, ont besoin de prendre à leur tour la prépondérance et l'ascendant. Tels sont encore les phénomènes réflexes. Ces phénomènes n'ont-ils pas une adaptation qui semble intentionnelle au point que des physiologistes ont admis un centre « perceptif et psychique » dans la moelle? N'ont-ils pas pour condition, comme les événements moraux ordinaires, des excitations extérieures, des réactions internes et une structure nerveuse donnée? Et en y regardant de près, trouve-t-on autre chose que des réflexes dans le fonctionnement des centres nerveux? Une excitation extérieure est propagée par une fibre sensitive jusqu'à un noyau central de substance grise qui réagit en provoquant une contraction musculaire : c'est un phénomène réflexe. Une excitation spéciale vient frapper la protubérance, celle-ci répond par la naissance d'une sensation brute : c'est encore un réflexe. La protubérance propage son action jusqu'aux lobes, et naissent, encore par action réflexe, les images et les idées. Ces réflexes moraux, qui se passent dans les lobes, se trouvent le plus souvent par accident, hors des prises de la conscience (images latentes); quoi donc d'étonnant à ce que par nature, les réflexes de la moelle soient constamment hors de la perception du moi? Aussi en comparant l'état plus ou moins complexe de ces divers phénomènes « on conçoit pour l'action des centres nerveux, comme pour les événements moraux, trois étages de transmissions et d'élaborations successives. Au plus bas degré, dans la moelle, naissent des actions fragmentaires, peut-être analogues à celles qui provoquent les sensations élémentaires nulles pour la conscience. Au degré moyen, dans la protubérance, ces mêmes actions transmises s'assemblent en une action totale qui provoque la sensation totale ordinaire incapable de réviviscence. Au plus haut degré, dans les lobes, cette action totale, une seconde fois transmise, est répétée indéfiniment par la série des éléments cérébraux mutuellement excitables, et provoque alors ces sensations

consécutives et réviviscentes que nous nommons des images. » « Ainsi l'événement intérieur, primordial, va se simplifiant et se dégradant à l'infini hors de notre portée et de nos prises. Le nom de sensation désigne simplement son état le plus notable, et en cet état elle n'est qu'un total. »

§ 2. *Les centres nerveux et la pensée.* — Les fonctions des centres nerveux connues, essayons de fixer leurs rapports avec la pensée. On a établi que la pensée tout entière se réduit à des sensations; que ces sensations elles-mêmes ne sont que des totaux composés de sensations élémentaires qui, à l'état isolé, ne sont plus perceptibles à la conscience. La question peut donc se poser en ces termes : quelle est la liaison qui existe entre ces sensations élémentaires et un mouvement moléculaire?

L'abîme qui sépare ces deux classes de phénomènes semble infranchissable. Mais si ces deux événements paraissent irréductibles l'un à l'autre, cela ne peut-il pas tenir à la manière dont nous les concevons? Il se peut qu'ils ne soient au fond qu'un même et unique événement, car il suffit qu'un même fait soit connu par deux voies différentes pour que nous concevions à sa place deux faits différents. Or l'idée d'une sensation et l'idée d'un mouvement moléculaire des centres nerveux entre en nous par deux voies différentes; bien plus, par deux voies contraires. La première vient du dedans, sans intermédiaires. La seconde du dehors, par plusieurs intermédiaires.

En effet, se représenter une sensation, c'est avoir présente l'image de cette sensation, c'est-à-dire cette sensation elle-même, directement répétée et spontanément renaissante. Au contraire se représenter un mouvement moléculaire des centres nerveux, c'est avoir présentes les images des sensations tactiles, visuelles et autres qu'il éveillerait en nous si du dehors il agissait sur nos sens. De ces deux

points de vue par lesquels nous atteignons l'événement central, l'un est direct, c'est la conscience, qui nous montre le fait en lui-même ; l'autre est indirect, c'est la perception extérieure qui ne nous renseigne pas sur les caractères propres de l'objet, mais qui nous le fait connaître par le groupe de sensations qu'il éveille ou éveillerait en nous. Par elle nous n'atteignons qu'un signe, qui est le mouvement intestin des centres nerveux. Or, dans ce cas, qu'est-ce qui est signifié par le signe ? Précisément la sensation, l'image. Dès lors on comprend qu'étant un, l'événement interne nous paraisse double, car il est connu par deux procédés différents. D'une part il est atteint directement par la conscience qui le voit à l'état de phénomène moral, de sensation. D'autre part il est atteint indirectement par les sens, et il nous apparaît comme un phénomène physique, comme un mouvement moléculaire des centres nerveux. Ce mouvement n'est donc que le signe de l'événement moral. Il ne peut pas plus se confondre avec lui qu'il ne peut s'en séparer. « Mais dans cette liaison et dans cette distinction tout l'avantage est pour l'événement moral ; lui seul existe; l'événement physique n'est que la façon dont il affecte ou pourrait affecter nos sens. »

Étendant cette manière de voir au monde physique tout entier, on reconnaît que ce dernier se réduit à un système de signes et que les sensations et ses éléments sont les seuls événements de la nature. Le monde physique n'en est que la traduction. A ce point de vue « le système nerveux n'est qu'un appareil de perfectionnement, et l'événement moral dont il est la condition et dont son mouvement est le signe, est un groupe compliqué et organisé dont les éléments et les rudiments peuvent aussi se rencontrer ailleurs. » On peut suivre cet événement moral dans ses dégradations successives. A son point culminant il est la sensation qui se compose d'éléments soustraits à la conscience. Des événements rudimentaires analogues à ces

derniers constituent les actions réflexes proprement dites. On les retrouve manifestement chez plusieurs plantes comme la sensitive, le sainfoin oscillant de Bengale. Enfin dans le monde inorganique leur présence est encore probable. Ils sont constitués alors par le mouvement pur, et ce sont ces éléments, qui seuls donnent aux corps une existence distincte. Du reste nous verrons les détails de cette notion dans le chapitre de la connaissance des corps. « La nature a donc deux faces, et les événements successifs et simultanés qui la composent peuvent être conçus et connus de deux manières : par le dedans et en eux-mêmes, par le dehors et l'impression qu'ils produisent sur nos sens. »

§ 3. *La personne humaine et l'individu physiologique.* — Et maintenant qu'est-ce que le moi? Est-ce réellement, comme les philosophes le supposent, un *sujet*, une substance pourvue de certaines facultés? Non, ces êtres ne sont que des créations métaphysiques, engendrées par des mots et sans existence réelle. On considère le pouvoir, la force, la faculté comme une substance d'ordre supérieur, située au delà des faits, stable, créatrice, alors qu'elle n'est rien en soi, que l'on ne doit y voir qu'un rapport, qu'une propriété. « C'est un caractère d'un événement, à savoir la particularité qu'il a d'être suivi constamment par un autre. » Or les spiritualistes identifient le pouvoir avec l'être qui le possède, donc les facultés et forces du moi sont le moi lui-même. Mais puisque ces facultés n'existent pas, le moi n'est qu'une création fausse en tant que composé de forces et de pouvoirs. Ce qui le constitue réellement, ce sont nos événements, ce sont nos sensations, images, souvenirs, idées, résolutions qui en sont les composants successifs. Le moi est tour à tour l'un, puis l'autre de ces événements. Il équivaut à leur série. Eux ôtés il ne serait plus rien. Il n'en est que la trame continue.

Ainsi s'écroule l'une des deux dernières entités verbales encore debout aujourd'hui : le moi et la matière. Mais la chute de l'une entraîne celle de l'autre. Jusqu'ici on a admis au fond de tous les événements corporels une substance primitive, la matière douée de force. « Or l'analyse qui montre dans la substance et dans la force des entités verbales s'applique à la matière aussi bien qu'à l'esprit. » Les savants arrivent eux-mêmes à cette conclusion, car ils considèrent les atomes comme de purs centres géométriques « par rapport auxquels les attractions puis les répulsions croissent avec la proximité croissante. » Tout ce qui subsiste donc dans le monde physique comme dans le monde moral, ce sont les événements, leurs conditions, leur dépendance. Plus de substance, qu'il s'agisse d'un corps chimique, d'un atome matériel, du moi; mais une série distincte d'événements. Plus de forces; mais la propriété pour un de ces événements d'être suivi par un autre de la même série ou d'une autre série.

Cela posé, il n'est plus utile de rechercher comment une substance inétendue appelée âme, peut résider dans une substance étendue appelée corps. « Nous n'avons plus devant les yeux qu'une série d'événements appelés moi, liés à d'autres qui sont sa condition. » La trame de faits qui constitue le moi est un district distinct dans l'ensemble des fonctions dites nerveuses, et cet ensemble lui-même est une province distincte dans l'animal vivant pris tout entier. Cette trame peut être considérée à deux points de vue. Considérée directement, en elle-même, par la conscience, on y voit des idées, des images, des sensations, des actions réflexes. Considérée indirectement par la perception extérieure, on y voit des mouvements moléculaires fort composés de la substance corticale grise, et des mouvements moléculaires moins composés de la moelle et des ganglions. Cette série qui est tantôt pour nos sens une série de mouvements moléculaires, tantôt pour notre conscience une

série de sensations plus ou moins transformées, n'est que la plus compliquée dans un groupe d'autres séries analogues que l'on rencontre dans le règne animal. A mesure que l'on descend dans ce règne elle perd sa domination et sa complexité et elle se réduit au niveau des autres.

La sensation, l'image et le signe sont donc les trois éléments de nos connaissances, et ces éléments se réunissent en groupes pour créer à chaque instant en nous des illusions que la nature rectifie sans cesse. C'est par ce mécanisme que nous prenons connaissance des corps, de l'esprit et des choses générales. Nous ne reproduisons ici que le chapitre qui a trait à la connaissance de l'esprit.

La connaissance de l'esprit.

Si l'on cherche à définir le *moi*, on trouve que nous le concevons comme un être permanent, lié à tel corps organisé et doué d'un groupe de capacités ou de facultés. Demandons à l'analyse comment se forme cette conception.

Et d'abord, ces mots de *faculté*, de *pouvoir*, ne désignent que la possibilité de certains événements sous telles conditions, et la nécessité des mêmes événements sous les mêmes conditions, plus une condition complémentaire.

Supprimez une de ces conditions, la possibilité disparaît, et la faculté périt. J'ai la faculté d'entendre, cela signifie « que des sensations de son, qui, si elles naissent seront miennes, sont possibles. Elles sont possibles, parce que leur condition, qui est un certain état de mon appareil acoustique et de mes centres sensitifs, est donnée. » Si cette condition manquait, la faculté manquerait aussi. Une faculté n'est donc pas une entité occulte. Au moyen de ce terme on ne fait que poser comme présentes les conditions d'un événement ou d'une classe d'événements.

Mais ces événements sont supposés et non donnés. Ils font partie de notre être possible et non de l'être réel. Un seul d'entre eux naîtra à chaque moment et fera seul partie

de nous-même. En sorte que pour constituer notre être, on ne trouve en fait de matériaux positifs que la série de ces événements successifs, futurs, présents ou passés, lesquels événements sont des sensations, des images, des perceptions, des souvenirs, des désirs, des volitions.

Considérons maintenant un groupe actuel de ces représentations conceptions ou idées. Tous ces événements ont pour caractère distinctif commun d'apparaître comme internes, et le mécanisme qui les pose comme fragment du dedans nous est déjà connu. C'est celui de la rectification. L'opération rectificative par laquelle une idée apparaît comme idée, est donc en même temps la *réflexion* par laquelle cette idée apparaît comme chose interne. De plus toute idée, conception, représentation, a une double face. D'un côté elle est connaissance, de l'autre elle est émotion et impulsion. Nos émotions et volitions n'étant que la face affective et active de nos idées, il est naturel qu'elles nous apparaissent aussi comme internes. Enfin les sensations que nous localisons dans notre corps nous semblent également internes, car notre corps est notre enceinte immédiate, et il est un dedans comparé au monde extérieur qui est un dehors. Il n'y a que les sensations que nous localisons hors de notre corps qui nous apparaissent comme des événements étrangers à nous. Ces considérations s'appliquent, avons-nous dit, à un moment actuel du moi. Mais au moment précédent le sujet était tout semblable, ne contenant que des événements du même genre. Il en était de même pour chacun des moments antérieurs, par conséquent nos événements passés comme nos événements présents ont tous ce caractère qu'ils apparaissent comme internes. A ce titre leur série forme une chaîne dont les chaînons nous sont présentés par la mémoire comme étant à la fois unis et distincts, comme formant « une ligne continue d'éléments contigus. »

Nous connaissons ce fonctionnement de la mémoire.

Nous avons vu comment, par la loi de la renaissance des images, l'image d'un de nos événements évoque par contiguïté celle du précédent et du suivant. Mais quand nous avons à rappeler une circonstance déjà reléguée dans le lointain, nous ne pouvons pas faire défiler à nouveau toute la série des faits passés. A parler exactement, l'opération emploierait un temps aussi long que celui écoulé entre le moment présent et le fait dont on se souvient, car toute la durée des sensations intermédiaires se retrouverait dans les images qui nous reconduiraient en arrière jusqu'à cet événement. Dans ce cas nous avons des procédés abréviatifs par lesquels nous remontons et nous redescendons vite et loin dans la série totale. Nous n'avons plus recours qu'aux points éminents de notre vie passée. Les images secondaires s'effacent, tandis que certaines images saillantes, deviennent au contraire les substituts abréviatifs de tout un groupe. Plus l'événement est antérieur, plus le nombre des images effacées grandit, et plus le résumé abréviatif résume de choses. Il était d'abord le substitut d'une journée, puis d'une semaine; bientôt ce ne sera plus que des mois et des années qui surnageront grâce à son recours.

C'est ainsi que d'un seul regard nous pouvons embrasser un très-long fragment de notre être, et le caractère commun qui se dégage de cet ensemble de faits, c'est l'idée d'un dedans stable que nous appelons *je* ou *moi*. Ce dedans devient pour nous une substance puisqu'il persiste tandis que ses événements passent. Nous oublions que sa permanence n'est qu'apparente; que s'il semble fixe, c'est qu'il est incessamment répété; qu'il tire tout son être de la série de ses événements, et que cet être emprunté n'est rien en soi et à part. Puis nous classons ces événements selon leur ressemblance et leur différence. Nous logeons chaque groupe sous un nom commun : sensation, perception extérieure, souvenir. Considérant notre état présent, nous savons que les conditions de ces événements sont

présents, ce que nous exprimons en disant que nous avons des facultés. Nous trouvons ces pouvoirs plus ou moins permanents, contrastant avec les événements qui sont transitoires ; leur notion s'attache à celle du moi persistant, et dès lors est créée la conception ordinaire du moi; il devient pour nous un être permanent doué de facultés.

« Ainsi la conception qu'à un moment donné j'ai de moi-même, est un nom abréviatif et substitut, tantôt mon *nom*, tantôt le mot *je* ou *moi*, prononcé mentalement et qui par association évoque en moi son équivalent, à savoir la série de mes événements actuels et antérieurs, jointe aux nombreuses séries d'événements possibles dont je suis effectivement capable. Mais cette association principale étant acquise par l'expérience peut être défaite. Il en est de même des associations secondaires qui soudent ensemble les divers fragments de la série totale. » C'est ainsi que l'erreur peut se glisser dans notre notion du moi, soit que l'énergie de ces associations normales s'amoindrisse spontanément, soit que les liens de ces associations se relâchent sous l'influence d'une force plus grande.

En premier lieu, des matériaux étrangers peuvent s'introduire dans l'idée que nous avons de notre moi. Nous nous attribuons alors ce que nous n'avons pas éprouvé, ce que nous n'avons pas fait. A l'état normal la chose est rare; elle n'arrive guère qu'aux hommes dont l'imagination est surexcitée, ou dont les âmes sont incultes et enfantines. Les légendes religieuses, entre autres faits, prennent naissance dans ces conditions. Mais à l'état pathologique rien n'est plus fréquent chez les fous, surtout chez les monomanes. Un fait ou une série de faits étrangers à leur personnalité s'intercalent dans leur existence. Le souvenir faux est tenu pour vrai. Grâce au relâchement du lien qui unit la série des événements passés; grâce à l'influence dominante d'une passion,

maîtresse, telle que l'amour, la vanité, la passion religieuse, la série vraie des représentations qui occupent cette place dans le passé n'est point projetée au même endroit, et ne surgit point pour faire obstacle à l'erreur. Il est même possible que l'illusion soit totale. La série tout entière de nos événements peut être remplacée par une série étrangère ; la personnalité se change complétement; Pierre s'imagine être Paul, et agit conformément à sa croyance.

En second lieu, l'illusion inverse peut se produire. Nous projetons hors de notre série des événements qui nous appartiennent. Telle est l'erreur normale et utile dans laquelle nous tombons quand nous détachons de nous les couleurs et les sons. Telles sont les hallucinations dites psychiques. Dans ce cas le malade s'aliène ; il rapporte à autrui des pensées qui sont à lui ; il entend par la pensée des voix sans timbre, ne semblant pas partir du dehors. Ce sont les « locutions et voix intellectuelles des mystiques. » Et si les discours tenus par ces voix sont bien liés, s'ils poussent le malade dans un sens ou dans un autre, le patient est tenté de les attribuer à un interlocuteur invisible. Le moi se scinde alors en deux, parce que les deux séries partielles qui le composent présentent des caractères distincts ou même opposés. Ainsi se sont formés le démon de Socrate et le génie familier du Tasse. Puis l'hallucination sensorielle vient compliquer l'hallucination psychique. « Les voix mentales provoquent dans les centres sensitifs de l'encéphale les sensations de l'ouïe correspondantes, se changent en voix physiques, et désormais, détachées du moi à un double titre, elles sont imputées à un interlocuteur. »

Mais ce ne sont là que des exceptions. Généralement l'idée du moi est à l'abri de ces transpositions, et cela tient à la véracité des souvenirs, à la véracité de la notion que nous avons de nos facultés, enfin à l'idée que nous avons de notre corps et de son union avec notre moi. Ces

trois notions réunies constituent la conception de notre individualité, et elles en sauvegardent l'intégrité. Puis, une fois l'idée de notre corps acquise, et cette idée associée à celle d'un dedans ou sujet, cette notion se généralise, et lorsque la vue d'un corps semblable au nôtre vient frapper nos regards, la loi de renaissance des images évoque forcément l'idée d'un dedans. L'analogie des autres corps vivants et du nôtre nous suggère par association l'idée d'un esprit semblable au nôtre, et nous concevons l'idée des autres esprits dont nous peuplons l'univers.

PATHOLOGIE.

NOTE
SUR
LES RÉMISSIONS
DANS LA FORME MANIAQUE
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. BAILLARGER.

I.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre la fréquence des rémissions dans le cours de la paralysie générale.

On reconnaît aussi que ces rémissions ne se présentent pas également dans les diverses formes de la maladie et on peut, sous ce rapport, diviser les faits en deux classes.

La première renferme tous les cas dans lesquels la paralysie générale se présente dès le début avec ses symptômes essentiels, la démence et la paralysie, ces deux ordres de symptômes marchant, en général, d'une manière parallèle jusqu'à la fin de la maladie.

Il est rare, il est vrai, que des conceptions délirantes passagères, que des signes d'excitation ou de dépression n'apparaissent pas à des époques et pendant une durée variables; mais ces phénomènes n'interviennent alors qu'à titre de symptômes accessoires. Ce qui prédomine dès le début et pendant tout le cours de la maladie, c'est la démence et la paralysie.

Dans tous les cas de ce genre, on observe rarement de véritables rémissions. On voit quelquefois rétrograder les symptômes momentanément aggravés par une congestion passagère; mais l'état antérieur persiste.

Quand la maladie est à son état de simplicité, que la démence et la paralysie existent seules, la rémission ne pourrait d'ailleurs consister que dans la disparition de ces symptômes; or comme on le verra, ce sont précisément les signes de démence et de paralysie qui persistent quand les rémissions se produisent dans les formes maniaque, mélancolique ou monomaniaque.

La seconde classe comprend tous les faits dans lesquels la maladie débute par la manie, la mélancolie ou la monomanie. La folie, quelle que soit sa forme, domine alors toute la scène; les signes de paralysie sont encore légers ou même nuls. On dit souvent, dans ces cas, que ces signes sont masqués par l'exaltation maniaque ou passent inaperçus dans la dépression mélancolique.

C'est dans cette classe de faits, c'est-à-dire dans les formes maniaque, mélancolique et monomaniaque de la paralysie générale, que se présentent les rémissions; mais c'est surtout dans la première de ces formes qu'elles sont les plus fréquentes.

Plusieurs auteurs ont déjà signalé ce fait.

« C'est habituellement, dit Marcé, en parlant des rémissions, quand la paralysie générale a débuté sous la *forme maniaque* et expansive qu'on les voit se produire. L'agitation se calme, l'embarras de la parole diminue, les idées ambitieuses elles-mêmes s'éloignent, à tel point qu'on se demande si cette amélioration n'aboutira pas à une guérison parfaite (1). »

M. Linas a été plus explicite. « *Une des particularités les plus importantes de la manie paralytique*, c'est, dit-il,

(1) *Traité des maladies mentales*, p. 441.

» la fréquente apparition des rémittences qui peuvent » durer plusieurs mois ou même plusieurs années et en im- » poser pour une guérison à des yeux inexpérimentés (1). »

M. Jules Falret, de son côté, semble aussi avoir eu surtout en vue l'état maniaque en parlant des *intermittences* observées dans la paralysie générale.

« On est vraiment frappé d'étonnement, dit-il, en voyant » des aliénés, en proie depuis longtemps au délire des gran- » deurs le plus multiple et le plus incohérent, à l'agitation » maniaque la plus violente, et à des prénomènes de débi- » lité musculaire déjà très-prononcés, revenir, comme par » enchantement, à un état presque normal, reconnaître » leurs erreurs, renoncer à toutes leurs idées délirantes, et » recouvrer leurs forces musculaires. »

Ainsi donc c'est la forme maniaque de la paralysie générale qui offre le plus de chances de rémission; et cependant ne semble-t-il pas que c'est le contraire qui devrait avoir lieu.

L'excitation intellectuelle, l'activité désordonnée du maniaque, l'insomnie, se continuant plusieurs mois, sont en effet des conditions qui devraient concourir à une terminaison rapide et funeste de la maladie.

C'est donc un fait très-digne d'intérêt que cette fréquence des rémissions dans la forme maniaque de la paralysie générale et nous rechercherons plus loin s'il ne peut pas jusqu'à un certain point éclairer la nature de cette maladie à son début.

Il importe d'abord d'examiner en quoi consistent réellement ces rémissions.

Comme on l'a vu plus haut, dans le passage emprunté à M. Jules Falret, les malades, quand il se produit une *intermittence*, reconnaissent leurs erreurs et renoncent à toutes leurs idées délirantes.

(1) *Loc. cit.*

« Chez certains malades, dit Marcé, l'embarras de la parole persiste d'une manière très-apparente et cependant » ils raisonnent juste, se conduisent convenablement dans » le monde, ont souvenance d'avoir été aliénés et attribuent » eux-mêmes à un état de folie toutes les fausses conceptions dont ils ont gardé le souvenir. Dans les cas rares où » la disparition du délire coïncide avec la diminution des » troubles de la motilité, on comprend sans peine que cet » état puisse simuler la guérison et en imposer à un observateur superficiel.

Marcé décrit ensuite les signes d'affaiblissement intellectuel qu'on observe dans les cas de ce genre.

Ainsi ce qui reste en réalité ce sont les symptômes de la paralysie générale, tels qu'ils se montrent à la première période de cette maladie, quand elle est primitive et simple. Ce qui a disparu c'est l'accès de manie.

Ce qu on appelle les rémissions dans la paralysie générale ne sont donc point des rémissions de la paralysie générale elle-même, mais des guérisons de l'accès maniaque.

Quelle explication peut-on donner de ce fait et quelles conséquences peut-on en tirer?

II

La paralysie générale, dont l'aspect est assez uniforme quand elle est complétement développée, peut offrir des symptômes très-différents ou même très-opposés dans sa première période. C'est ainsi que, sans parler des formes qu'on a appelées *congestive*, *paralytique*, *démente*, les auteurs ont admis pour la folie seulement une forme *maniaque*, une forme *mélancolique*, une forme *monomaniaque*.

On aurait pu ajouter une quatrième forme comprenant les faits assez fréquents dans lesquels le même malade éprouve successivement un accès de mélancolie et de manie.

On ne peut tout d'abord s'empêcher de faire remarquer

que ces quatre formes de la folie paralytique sont précisément les mêmes que celles qu'on observe dans la folie simple.

On retrouve en effet dans toutes les classifications, quelles qué soient d'ailleurs les dissidences sur d'autres points, la *manie*, la *mélancolie* ou la *monomanie* (délire partiel); en outre tous les auteurs admettent les cas dans lesquels la manie et la mélancolie se succèdent chez le même malade (*folie à double forme, folie circulaire*).

Cette similitude des formes dans la folie simple et dans la folie paralytique mérite assurément d'être remarquée, mais on peut faire entre les deux maladies d'autres rapprochements.

Peut-être y a-t-il, au point de vue de l'hérédité de la paralysie générale, quelques distinctions à établir entre les diverses formes de cette maladie. Cependant, en attendant des recherches plus précises, il est déjà parfaitement démontré que l'influence de l'hérédité sur la production de la folie paralytique est assez grande. Dans beaucoup de cas on constate, en effet, que les malades ont eu des parents aliénés, et c'est avec la similitude des formes, un rapport de plus entre la folie simple et la folie paralytique.

On ne connaît pas les lésions qui produisent la manie et la mélancolie simples; mais il est permis d'affirmer *a priori* que ces lésions doivent être très-différentes, puisqu'elles ont pour expression symptomatique les caractères les plus opposés : d'un côté, l'exaltation la plus vive, et de l'autre, la dépression la plus profonde.

Les recherches d'anatomie pathologique ont fait découvrir dans le cerveau des aliénés paralytiques des lésions assez bien définies; mais ces lésions ne sauraient expliquer les appareils symptomatiques si opposés de la manie et de la mélancolie. Que le malade ait succombé après un long accès maniaque ou après avoir été longtemps en proie au délire mélancolique, ou même qu'il n'ait eu ni accès de manie ni accès de mélancolie, le cerveau, examiné avec le

plus grand soin, ne présente aucune différence appréciable.

On est donc, au point de vue anatomo-pathologique, dans la même ignorance : qu'il s'agisse d'expliquer la manie et la mélancolie simples ou la manie et la mélancolie paralytiques.

Il y a dans les deux cas une lésion inconnue, mais certainement différente, qui produit et entretient pendant de longs mois soit l'activité désordonnée du maniaque, soit l'inertie et la dépression du mélancolique, soit le délire partiel du malade qui n'offre ni excitation vive, ni dépression marquée.

Ces lésions inconnues, mais différentes, qui produisent la manie, la mélancolie ou la monomanie simples, sont-elles les mêmes que celles qui entretiennent la manie, la mélancolie ou la monomanie paralytiques? L'ignorance où l'on est sur la nature de ces lésions ne permet pas de rien affirmer; mais on peut dire que cette identité de nature est au moins extrêmement probable. Comment, en effet, expliquer autrement la similitude des formes?

Sans doute, dans la folie paralytique, la lésion *vésanique* de la folie simple serait associée à des éléments nouveaux, aux lésions commençantes qui provoqueront plus tard les symptômes les plus graves de la démence paralytique; mais si ces lésions impriment à la manie, à la mélancolie et à la monomanie un aspect particulier, ces maladies, bien que leurs symptômes soient modifiés, ne changent pas pour cela de nature. Elles n'en conservent pas moins leurs caractères essentiels : l'activité désordonnée et le délire général dans la manie, et dans la mélancolie la dépression, l'inertie et le délire triste.

La manie qui signale le début de la paralysie générale serait donc de même nature que la manie simple; elle serait seulement modifiée par son association avec des éléments nouveaux (1).

(1) On peut encore rappeler ici que la manie paralytique est

La fréquence de la guérison de la manie paralytique s'expliquerait par ce fait que la manie simple est de toutes les vésanies celle qui a le plus de tendance à la guérison et celle qui guérit en effet le plus souvent.

L'accès maniaque n'interviendrait ici, selon les cas, qu'à titre de prélude ou de complication et sa guérison, isolée de celle de la paralysie générale, dont les premiers symptômes persistent, n'aurait plus rien que de très-simple.

Parchappe, dans son ouvrage, a divisé les faits de folie en deux classes :

La première renferme les observations de folie simple;

La seconde tous les cas de folie qu'il appelait *composée*, comprenant la *folie paralytique* et la *folie épileptique*.

Quand on voit l'accès de manie, survenu au début de la paralysie générale, se terminer par la guérison, les malades revenant à la raison malgré la persistance des premiers signes de la démence paralytique, ne doit-on pas dire qu'il s'agissait en effet d'une maladie *composée* de deux éléments très-différents : les lésions commençantes de la paralysie générale d'une part et l'élément vésanique de la folie simple d'autre part?

Tout cela d'ailleurs, on le comprend, serait applicable à la forme mélancolique et à la forme monomaniaque de la paralysie générale qui, comme la forme maniaque, ne seraient aussi que des folies composées.

Comment d'ailleurs ne pas admettre qu'il en est ainsi, quand on reconnaît que la paralysie générale existe souvent sans qu'il y ait ni accès de manie, ni accès de mélancolie. Or, ce fait n'est désormais contesté par personne. A côté des formes maniaque, mélancolique et monomaniaque, tout le monde admet la forme démente, « celle qui débute d'em- » blée par l'affaiblissement intellectuel, celle dans laquelle

comme la manie simple, mais plus souvent encore précédée d'une période mélancolique.

» la démence est primitive et poursuit paisiblement son » cours sans que ses progrès ordinairement lents et conti- » nus soient interrompus ou modifiés par une manifestation délirante quelconque. » (Linas, thèse, p. 31.)

Or, cette forme démente, c'est la paralysie générale avec ses symptômes essentiels, ceux qui ne manquent jamais.

Si ce type de la démence paralytique primitive existe, comment doit-on envisager les cas où la maladie débute par un accès de manie, de mélancolie, de monomanie ou de double forme? A notre avis, il est impossible, en se plaçant au point de vue de l'opinion généralement admise, de considérer ces accès autrement que comme une complication.

Cette complication, il est vrai, occupe en apparence toute la scène ; elle masque la maladie primitive et principale, la démence paralytique. Que l'accès de folie guérisse, qu'il se produise une rémission, on verra apparaître complétement isolés les symptômes essentiels de la maladie à son début, la démence et la paralysie. Il y avait donc là deux éléments qui se sont dissociés ; or ces deux éléments ce sont deux maladies différentes qui ont chacune leur place dans le cadre nosologique, c'est, d'une part, la démence paralytique, et, d'autre part, la manie, la mélancolie ou la monomanie.

On peut objecter, il est vrai, que les accès de mélancolie ou de manie, parfaitement caractérisés, sont loin de constituer les faits les plus nombreux ; dans la majorité des cas, l'agitation ou la dépression du paralytique ne ressemblent point à un véritable accès de manie ou de mélancolie. On doit reconnaître en effet que s'il y a un très-grand nombre de formes mixtes dans la folie simple, il en existe beaucoup plus encore dans la folie paralytique. Ces formes mixtes s'expliquent souvent ici par les degrés différents de l'état congestif. Celui-ci est-il très-léger, l'accès maniaque se présente sans aucun signe appréciable de paralysie. Dans le cas contraire, on observe la prédominance des signes de paralysie et de démence; le délire maniaque, s'il ne dispa-

rait pas peu à peu, est bientôt complétement modifié.

Ce serait un grand tort assurément que de vouloir édifier des théories avec des faits exceptionnels ; mais ne tomberait-on pas dans une erreur non moins grande en ne cherchant pas, au milieu de faits complexes et disparates, à isoler avec soin les types pour servir de base aux classifications.

Or, ici, les types existent et ils existent en assez grand nombre. On observe, en effet, assez souvent, au début de la paralysie générale, de véritables *accès de manie* ou de *mélancolie* avec tous les symptômes principaux que ces deux maladies offrent dans la folie simple.

III.

En adoptant cette opinion que les accès de manie, de mélancolie ou de monomanie dans la paralysie générale ne sont en réalité que des complications, on ferait disparaître, à notre avis, de l'histoire de cette maladie plusieurs faits difficiles à comprendre.

Marcé a été frappé des caractères si variés qu'offre la paralysie générale à son début.

« C'est, dit-il, un fait vraiment digne d'intérêt de voir la » paralysie générale qui, arrivée à son développement » complet, offre un appareil symptomatique assez uniforme, » se révéler à son début par les aspects les plus opposés. »

Cette remarque est assurément très-juste ; mais si le fait est très-digne d'intérêt, on ne peut nier qu'il ne soit en même temps assez étrange. Il le paraît plus encore si on se reporte aux lésions qui doivent entretenir pendant plusieurs mois tantôt l'excitation maniaque, tantôt la dépression mélancolique.

Quand il s'agit de la folie simple, tout en reconnaissant que ces lésions sont encore inconnues, on croit néanmoins pouvoir affirmer qu'elles sont différentes ; mais pour la paralysie générale il en serait autrement. Les formes ma-

niaque, mélancolique et monomaniaque de cette maladie ne constituant qu'une seule entité morbide, on serait forcément conduit à les rattacher à des lésions de même nature.

Voici, en effet, ce que dit à cet égard M. Calmeil.

Après avoir décrit les lésions constatées dans le cerveau d'un aliéné paralytique qui avait été en proie à un délire mélancolique des plus actifs, cet auteur déclare que si on compare ces lésions « avec celles qu'on a coutume de ren-
» contrer soit dans l'appareil encéphalique des paralytiques
» en proie à des idées ambitieuses, soit dans l'encéphale
» des paralytiques atteints ou de manie ou de démence, on
» se convaincra bientôt qu'elles offrent à peu près constam-
» ment chez tous la même origine inflammatoire. »

Après cette déclaration, M. Calmeil ajoute : « A ceux qui
» seraient tentés de demander comment il peut se faire
» qu'une même phlegmasie ait le pouvoir de se traduire
» au dehors par des manifestations psychiques aussi peu
» concordantes, nous répondrions que nous ne savons pas
» pourquoi l'inflammation a le pouvoir d'agir sur l'intel-
» ligence ; que nous ne savons pas davantage pourquoi elle
» fait naître tantôt la fureur, tantôt des idées d'orgueil,
» tantôt des idées de suicide ; mais qu'il n'en est pas moins
» positif que l'encéphalite enfante souvent les désordres
» les plus variés dans leur aspect fonctionnel (1). »

Si on accorde ici aux accès de manie ou de mélancolie une existence isolée, la réponse à cette question nous semble devenir plus facile. Si la paralysie générale, en effet, offre souvent à sa première période l'aspect le plus opposé, c'est-à-dire l'aspect de la manie ou de la mélancolie, c'est que la manie, la mélancolie ou la monomanie la précèdent ou la compliquent dès le début.

La complication, selon sa forme, doit être rapportée à des lésions différentes que l'autopsie ne fait pas plus dé-

(1) T. I, p. 353.

couvrir ici que dans la folie simple ; mais il est inutile de faire intervenir l'encéphalite pour expliquer des appareils symptomatiques aussi opposés.

Ainsi disparaît ce fait anormal d'une maladie débutant par les lésions et les symptômes de la manie, ou par les lésions et les symptômes de la mélancolie, c'est-à-dire par des lésions différentes et les symptômes les plus opposés.

Peut-être convient-il avant de terminer et pour bien préciser le but de cette note, de rappeler que pendant longtemps on a considéré la paralysie générale comme une complication ou mieux comme une terminaison de la folie. On admettait que les malades étaient d'abord atteints de monomanie, de manie ou de mélancolie ; puis, que ces vésanies se transformaient en démence paralytique.

On sait que Parchappe, dans son recueil d'observations, a établi une division à part pour les folies *passant à l'état paralytique*.

Cette doctrine ne compte plus que de rares partisans.

On professe aujourd'hui que la paralysie générale est une maladie primitive et qu'elle ne succède pas, comme on le croyait, à la folie simple.

Ce qu'on prenait autrefois pour des accès de manie, de mélancolie ou de monomanie se prolongeant pendant plusieurs mois, était simplement un *délire maniaque*, *mélancolique* ou *monomaniaque* symptomatique d'une paralysie générale déjà déclarée. Or ces délires symptomatiques diffèrent, dit-on, essentiellement des véritables vésanies.

Il en résulte que la folie vésanique, la folie essentielle, ne précède, ni ne complique la paralysie générale, et que les rapports signalés entre ces deux maladies ont cessé d'exister.

J'ai déjà essayé de réagir contre ce que cette doctrine me semblait avoir de trop absolu en signalant les difficultés qu'elle crée, les erreurs auxquelles elle expose ; cette note tend au même but.

En résumé :

1° C'est surtout quand la paralysie générale débute par un accès de manie que s'observent ce qu'on appelle les rémissions.

2° Ces rémissions ne sont autre chose que la guérison de l'accès maniaque avec persistance des premiers signes de la démence paralytique. Il en est de même pour les rémissions dans les formes mélancolique et monomaniaque.

3° On ne peut expliquer la fréquence des rémissions dans la forme maniaque qu'en la rapprochant de la fréquence des guérisons dans la manie simple et qu'en admettant l'existence de l'élément vésanique comme complication de la paralysie générale à son début. On peut surtout invoquer à l'appui de cette opinion la similitude des formes dans la folie simple et dans la folie paralytique, et l'existence de cas nombreux de paralysie générale primitive exempts de toute complication de manie, de mélancolie ou de monomanie.

4° En admettant que les diverses formes de la folie compliquent souvent la paralysie générale à son début, on fait disparaître cette anomalie d'une maladie, d'un aspect assez uniforme quand elle est complétement développée, qui, pendant sa première période, offrirait tantôt les symptômes, et par conséquent les lésions de la manie, tantôt les symptômes et les lésions de la mélancolie, c'est-à-dire des lésions différentes et les symptômes les plus opposés.

DU DROIT

ET DU

DEVOIR DU MÉDECIN

EN PRÉSENCE DES OPÉRATIONS
DONT LE BESOIN PEUT SURGIR, CHEZ LES ALIÉNÉS,
POUR LE TRAITEMENT
DES AFFECTIONS CHIRURGICALES INTERCURRENTES,

Par M. le Dr BILLOD

Dans les hôpitaux ordinaires, on ne peut pratiquer sur un malade une opération chirurgicale sans son consentement, ce malade jouissant de sa liberté morale, de son *compos sui*.

Tout au plus serait-on en droit, si la conviction du chirurgien était que la guérison du mal qui a motivé l'entrée du malade dans l'hôpital n'est possible qu'au prix de cette opération, de mettre ce même malade en demeure d'opter entre sa sortie de l'hôpital et son consentement à l'opération.

Le recours à cette extrémité se justifierait d'autant plus que, la guérison du malade étant le but de l'entrée dans l'hôpital, et ce but ne pouvant être atteint qu'à l'aide de l'opération à laquelle le malade se refuserait, le séjour dans l'hôpital cesserait d'être justifié et n'aurait plus sa raison d'être.

Je sais bien qu'il est des cas dans lesquels l'état du malade étant tel qu'il ne saurait supporter le transport de l'hôpital dans un autre lieu, des raisons d'humanité ne permettraient pas de donner suite à la mise en demeure dont il s'agit. Que faire en pareil cas ? le refus d'une opération qui peut sauver la vie d'un malade, constituant le cas de mort volon-

taire, pour ne pas dire de suicide, le chirurgien n'a-t-il pas le droit et même le devoir de passer outre à ce refus ?

L'opérateur, dans ce cas extrême, ne se trouve-t-il pas dans la situation d'une personne qui, se trouvant auprès d'un individu qui veut attenter à ses jours, soit en se précipitant dans la rivière, soit en se brûlant la cervelle, fait tous ses efforts pour l'en empêcher et a recours, s'il le faut, à la force?

Mais là n'est pas la question, et en faisant abstraction de ce cas, je crois pouvoir établir comme un point de jurisprudence médicale qui me semble hors de doute, que la volonté d'un malade jouissant de la plénitude de sa raison, qui, dans un hôpital ordinaire, se refuserait à une opération, doit être respectée.

En est-il de même d'un aliéné placé dans un établissement spécial et considéré par cela seul comme privé de sa liberté morale ?

Dans le cas où cet aliéné présente, intercurremment à l'aliénation mentale, une affection qui ne pourrait être guérie que par une opération chirurgicale, et où, par appréhension de la douleur ou des suites de cette opération s'y refuserait obstinément, le médecin du service a-t-il le droit de substituer sa volonté à celle de l'aliéné et d'opérer ce dernier malgré lui ?

Tel est le cas qui vient de se présenter dans mon service et sur lequel je désire avoir l'avis de la Société.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante et un ans et dans un état de démence complète avec aphasie et hémiplégie du côté droit, qui oblige la malade à garder le lit.

Cette femme est affectée d'un cancer du sein qui, suivant l'avis du chirurgien, se trouve dans les meilleures conditions pour être opéré.

Ayant eu occasion de prononcer auprès de la malade, et sans nous adresser à elle, le mot d'opération, nous la vîmes fondre en larmes et sangloter, et son émotion ne cessa que

lorsque je lui eus déclaré qu'on n'avait pas l'intention de l'opérer. Son horreur de l'opération s'est manifestée depuis dans toutes les circonstances

Y a-t-il lieu, dans l'espèce, de tenir compte de cette disposition d'esprit, et de s'abstenir par suite d'opérer? Telle est la question que je me suis posée et à laquelle je n'ai pas hésité à faire une réponse affirmative, me réservant de soumettre le cas à la Société.

J'ai vu, d'abord, dans les accidents paralytiques une contre-indication de l'opération, contre-indication qui ne me semblait pas permettre la moindre hésitation.

Aussi bien, le but que doit se proposer le médecin en présence de tout malade étant de prescrire et d'appliquer le traitement qui lui semble offrir le plus de chances de prolonger l'existence, j'ai pensé qu'en abandonnant à lui-même le cancer dont cette femme est affecté, elle avait chance de vivre un temps rationnellement assez long, tandis que l'ablation avec de faibles chances de succès en offrait beaucoup pour entraîner promptement la mort de la malade.

Je me suis souvenu en cette occasion de l'histoire d'une malade, veuve d'un officier supérieur, ancienne rédactrice du Journal des jeunes personnes, que j'aie eue dans mon service et qui n'était affectée que d'une simple débilité intellectuelle sans délire appréciable.

Cette malade, que notre éminent collègue M. Trélat a parfaitement connue, portait depuis quelques années dans le sein une petite tumeur. Cette tumeur était de la grosseur d'une noix et elle était à peu près indolore.

Cette malade ayant été tranférée dan un autre service, un chirurgien du même hôpital fut appelé à examiner la tumeur dont il s'agit, et conseilla l'ablation qui fut pratiquée presque aussitôt.

Cette opération paraissait avoir réussi à souhait, à telles enseignes que la plaie était complétement cicatrisée,

lorsque la malade fut prise de frissons et mourut quarante-huit heures après.

L'autopsie révéla des abcès du foie qui ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'une résorption purulente à laquelle devait être sûrement attribuée la mort de la malade.

Pour l'appréciation des cas dans lesquels il convient d'opérer ou de s'abstenir, il est un premier élément dont il importe avant tout de tenir compte. C'est celui de l'incurabilité ou de la curabilité de l'aliénation mentale, et de la gravité de ses complications, lorsque l'opération qu'il s'agit de pratiquer n'est pas de celles qui ont pour but de conserver l'existence.

Il est évident, en effet, que si l'urgence d'une opération chirurgicale était telle chez un aliéné que sa vie dépendît de cette opération, le devoir du médecin serait de la pratiquer en dépit de la résistance que le malade pourrait y opposer.

A l'appui de cette donnée, qu'il me soit permis de citer un fait remarquable à plusieurs titres.

Il s'agit d'une dame appartenant à une grande et noble famille de la Touraine qui compte parmi ses membres quelques aliénés dont un est confié depuis quelques années, aux soins de nos distingués collègues Mesnet et Motet.

Un autre a été confié aux miens pendant quatre années. C'était une dame d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une remarquable intelligence.

Devenue aliénée à la suite de la mort tragique de son mari, son aliénation mentale revêtit tout d'abord et conserva pendant toute sa durée, les caractères d'un délire partiel avec prédominance de l'idée qu'elle était la plus coupable de la terre ; qu'elle était la cause de tous les fléaux qui frappent l'humanité, à savoir : du choléra, de la peste, des inondations, des incendies, etc.; que c'était à cause d'elle que Dieu avait créé les serpents, les vipères, les tigres, les panthères, les poisons, etc.

Traitée pendant deux années par M. Foville père, elle nous fut finalement confiée, et son séjour dans l'établissement dont nous avions alors la direction médicale et administrative dura quatre ans. La durée de l'affection mentale fut donc de plus de six années.

En outre de cette affection, la malade présentait, lorsqu'elle arriva, une tumeur cancéreuse dans la partie moyenne de la cuisse droite. Cette tumeur dépassait le volume du poing. Elle paraissait indolore, et un de nos plus éminents chirurgiens consulté par M. Foville avait émis l'opinion qu'il fallait se garder d'opérer.

Tenant compte de cette opinion, nous nous abstînmes pendant quelques mois, mais la tumeur prenant des développements assez rapides, je crus devoir, après m'être concerté avec le docteur Daviers, praticien du plus rare mérite, enlevé depuis à la science et à ses amis, consulter Nélaton qui se prononça carrément et sans hésitation pour l'ablation dont il proclama avec d'autant plus de raison l'urgence, que l'accentuation de plus en plus prononcée d'une teinte jaune-paille de la peau, indiquait manifestement l'existence et les progrès de l'infection cancéreuse.

Cette ablation fut pratiquée avec le plus grand soin par M. Daviers qui la fit suivre d'une cautérisation profonde.

Elle offrit cette particularité que la malade y fut à peu près insensible et qu'elle ne donna lieu à aucune réaction fébrile.

Cette insensibilité et cette absence de réaction confirme, pour le dire en passant, des données que j'ai émises ailleurs dans les termes ci-après :

« Pour ce qui concerne l'aliénation mentale je suis tous les jours témoin d'un fait qui vient à l'appui de ce que j'avance. Certains aliénés chroniques conservent, pendant de nombreuses années, les apparences d'une bonne santé physique, leur constitution ne traduit aucun signe d'affaiblissement, leur énergie au travail paraît toujours la même

jusqu'au jour où une maladie intercurrente vient les frapper et donner la véritable mesure de leur résistance vitale. On s'aperçoit alors que la dépense d'innervation inhérente au délire même a altéré la vie, pour ainsi dire, à sa source, et que, dans des conditions où la guérison est la règle d'ordinaire, elle devient, dans l'espèce, l'exception. C'est ainsi, par exemple, qu'une simple pneumonie circonscrite à un seul poumon, qu'une simple pleurésie entraînent le plus ordinairement la mort, et que dans les cas où les malades guérissent, la convalescence n'est pas, à beaucoup près, aussi franche et aussi rapide que dans d'autres conditions. Il est de fait, aussi, que toutes choses égales, d'ailleurs, les maladies incidentes à l'aliénation mentale n'affectent pas la même marche que dans les conditions ordinaires, et que l'inflammation, par exemple, ne détermine pas chez les aliénés une réaction à beaucoup près aussi intense. J'ai vu, pour ma part, chez certains malades, des pneumonies doubles exister sans donner lieu au moindre mouvement fébrile. Les aliénés ont d'ailleurs une manière à eux, si je puis ainsi dire, de porter les maladies les plus graves, qui témoigne évidemment d'une diminution dans la vitalité.

En dehors de toute altération appréciable dans la nutrition, l'atteinte portée au principe de la vie par l'action lente du délire chez les aliénés, se traduit et s'affirme encore par d'autres signes. Il est certain, par exemple, et ce fait que la plupart de mes collègues ont été à même de vérifier, a plusieurs fois frappé mon savant confrère et ami, M. le docteur Daviers, dans les occasions qu'il a eues de pratiquer des opérations chez les pensionnaires de l'asile de Sainte-Gemmes, il est certain, dis-je, que la plupart de ces malades, lorsqu'on les opère, éprouvent, si ce n'est une analgésie complète, au moins une sensibilité moindre qui dispense le plus ordinairement de recourir aux anesthésiques... »

« Il est vrai que pour l'explication de ce fait, il y a lieu de

faire intervenir, pour une part, l'influence des rapports du physique au moral, qui peut produire l'insensibilité chez les aliénés, comme elle la produit quelquefois chez l'homme distrait par une violente émotion ou par une vive préoccupation et, par exemple, chez le soldat qui peut avoir un membre emporté, pendant l'ardeur de la lutte, sans éprouver dans le moment la moindre souffrance. Mais, la part faite à cette influence, il est impossible de ne pas reconnaître que la principale cause de cette insensibilité relative chez les aliénés, résulte d'une diminution effective de leur vitalité. La démonstration de ce fait se trouve d'ailleurs complétée par cet autre : que les opérations chirurgicales chez les aliénés, après avoir été supportées en général, presque sans douleur, ne donnent lieu qu'à une réaction presque insensible, c'est-à-dire que le traumatisme chez ces malades ne s'accompagne, pour ainsi dire, pas de fièvre. Il est clair pour tous, enfin, que chez la plupart des aliénés chroniques l'organisme n'a plus le même ressort et que l'asthénie, dans ces conditions, ne saurait être niée.

La vie humaine se résumant dans une dépense d'innervation dont le débit, que l'on me passe cette expression, variable suivant les individus, conduit les uns à la vieillesse et s'arrête avant le temps pour les autres, on conçoit que l'épuisement de la source s'opère d'autant plus que le débit est plus considérable. De même, pour me servir d'une comparaison qui rendra ma pensée plus intelligible, que l'épuisement de la source ne se juge pas toujours par la force apparente avec laquelle l'eau jaillit, et que son jet peut conserver longtemps la même amplitude alors que la source diminue abondamment, de même encore que la lumière d'une lampe jette le même éclat jusqu'au moment qui précède l'entier épuisement de l'huile, quelle que soit la quantité qui reste, de même aussi, la force réelle d'un individu ne doit pas se mesurer d'après la vigueur apparente du jeu de ses fonctions qui peut coexister avec un épui-

sement relatif, mais bien encore d'après le degré de résistance dont il fait preuve dans les cas de maladie et contre les causes de maladie.

D'où il résulte qu'il peut y avoir dans l'organisme une atteinte à la vie dont il n'existe encore aucun signe apparent, mais qui devra se traduire plus tard par une altération appréciable dans la nutrition ; qu'il peut exister, enfin, une asthénie, que rien encore ne révèle, mais qui, à un moment donné, se traduira par des signes effectifs. »

L'opération eut encore un autre résultat, ce fut celui d'arrêter la marche de l'infection et même de la supprimer. C'est ainsi que la teinte jaune-paille que nous avions constatée avant l'opération s'effaça de jour en jour et ne tarda pas à disparaître complétement. Cette même opération n'exerça aucune influence sur l'aliénation mentale qui persista au même degré avec les mêmes caractères.

La plaie se cicatrisa d'ailleurs promptement. L'examen de la tumeur confirma sa nature cancéreuse en y révélant l'existence des matières encéphaloïde et squirrheuse.

Les choses restèrent en l'état pendant près d'un an. Au bout de ce temps une nouvelle tumeur se forma dans le même endroit, et prit en peu de temps des développements assez considérables pour qu'on dût recourir de nouveau à l'ablation.

Comme la première fois, l'urgence de l'opération s'était affirmée par la réapparition des signes les plus manifestes de l'infection cancéreuse.

Pratiquée avec le même soin par le même chirurgien, elle donna identiquement les mêmes résultats. La tumeur se reforma encore une fois un an après et fut suivie encore d'une nouvelle opération. La malade fut opérée en tout trois fois pendant son séjour dans l'établissement.

Sur ces entrefaites, le délire partiel me semblait tendre à se généraliser, et après une durée de plus de sept ans, je me crus fondé à exprimer des craintes d'incurabilité.

Dans ces conditions, je ne vis aucun inconvénient à proposer à la famille de tenter l'épreuve du retour au foyer. Ce conseil fut suivi et j'avoue que je n'en attendais guère un bon résultat, lorsque quelques mois après je reçus de la mère de la malade une lettre qui m'annonçait une guérison complète. Habitué aux illusions des mères, je ne voulus pas y croire et je conservai cette incrédulité jusqu'au jour où la malade éprouvant elle-même le besoin de me faire constater sa guérison, vint seule à Paris et reçut ma visite à l'hôtel où elle était descendue. Force me fut bien alors de me rendre à l'évidence; la guérison ne pouvait être plus complète et s'affirmait par cette conscience de l'état, qui est encore le meilleur des critérium de la guérison de la folie.

Mon ancienne pensionnaire me rendait compte de tout ce qu'elle avait éprouvé, portait sur ses conceptions délirantes le jugement le plus sain, s'excusait d'avoir éprouvé ma patience et m'exprimait la reconnaissance la plus franche, et, je crois pouvoir le dire, la plus sincère.

Cette guérison se maintient depuis près de neuf ans et j'ai pu m'en assurer encore, il y a quelques mois à peine, dans une entrevue à Paris. Elle venait même de recevoir une nouvelle consécration par l'épreuve d'une cause morale qui aurait pu amener une rechute, je veux parler du chagrin qu'avait causé à mon ancienne malade la mort de la meilleure de ses amies, femme d'un pensionnaire de M. Brierre de Boismont.

Il me sera sans doute permis, à l'occasion de ce fait, de faire une observation, c'est que si la malade s'était refusée à l'opération et que la conviction que son aliénation était incurable, nous empêchant de passer outre à son refus, cette opération n'eût pas été faite, la malade serait morte de son cancer, et qu'elle n'aurait pu, par suite, guérir de son aliénation mentale.

L'opération, dans l'espèce, a donc eu pour résultat de

sauver à la fois la vie et la raison d'une malade vraiment intéressante.

Bien qu'il ne se rattache pas à la question que je discute, je dois noter ce fait extrêmement curieux, que la tumeur qui avait reparu chez la malade avant sa sortie de l'établissement et alors que cette malade était en plein délire, ayant été opérée par le docteur Thomas de Tours, après la guérison de l'aliénation mentale, ne s'est pas reproduite depuis, c'est-à-dire depuis plus de huit ans, tandis que, pendant le temps où le cancer coexistait avec l'aliénation mentale, il ne restait pas un an sans se reproduire.

Quelle que soit l'habileté du chirurgien que je viens de nommer, je ne puis admettre qu'elle soit supérieure à celle du docteur Daviers qui avait pratiqué les opérations précédentes, et tout me donne lieu de penser que la dernière opération s'est faite dans les mêmes conditions.

J'ajoute que l'insensibilité qui avait marqué les opérations faites dans le cours de l'aliénation mentale a manqué à l'opération pratiquée après la guérison de la folie.

On n'a pu en juger pendant l'opération puisque la malade a été chloroformisée, mais les douleurs qui ont été ressenties à la suite ont bien prouvé que la malade avait cessé d'être insensible.

Je note, enfin, ce dernier fait que, à l'encontre de celles qui avaient été pratiquées pendant l'intercurrence de l'aliénation mentale, l'opération faite après la guérison de cette dernière a été suivie de la réaction fébrile qui marque le traumatisme dans les conditions ordinaires.

De l'observation qui précède je crois pouvoir conclure que, dans le cas surtout où l'aliénation mentale offre des chances de guérison et où une opération chirurgicale d'où peut dépendre la vie du malade paraît indiquée, cette opération doit être pratiquée en dépit du refus et des résistances du malade.

En est-il de même dans le cas où la folie est d'une incu-

rabilité qui n'a rien de douteux et surtout dans ceux où la nature paralytique de la folie (1) crée pour le malade un danger de mort?

Je ne le pense pas, sans me prononcer, toutefois à cet égard d'une manière absolue, et je désire connaître sur ce point l'avis de la Société.

Il est un cas où il me semble qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de la résistance du malade à une opération jugée nécessaire. C'est celui où ce malade n'exprimant aucune appréhension de la douleur non plus que du danger et des suites de cette opération, base son refus sur des motifs qui portent l'empreinte évidente du délire, ou, en d'autres termes, le cachet de la déraison.

Le devoir du médecin serait encore, je crois, d'opérer malgré lui un malade qui, consécutivement à une tentative de suicide, présenterait des accidents rendant une opération urgente ou nécessaire et qui s'y refuserait en basant son refus sur ce motif que l'opération a pour but de lui sauver une vie dont il veut se débarrasser à tout prix.

J'en étais à cette partie de ma communication lorsque j'ai eu occasion de m'en entretenir avec notre éminent collègue, M. le docteur Blanche, qui m'a fait observer avec raison que, dans le cas où le médecin d'un établissement d'aliénés juge qu'il y a lieu de pratiquer une opération chez un de ses malades, il doit en informer la famille et s'assurer de son consentement.

Je partage l'avis de notre collègue et je le remercie même de m'avoir signalé cette lacune qui me semble avoir une véritable importance.

Je crois devoir, toutefois, exprimer à cet égard une ré-

(1) A propos de cette partie de ma communication, M. Baillarger a, dans la séance du 27 mars dernier, exprimé une réserve très-motivée qu'il me semble impossible de ne pas admettre et pour laquelle je ne puis que renvoyer au procès-verbal de cette séance.

serve que je fonde sur la distinction qu'il importe d'établir sous le rapport de l'obligation dont il s'agit, entre les établissements privés et les établissements publics.

L'obligation d'informer les familles et de leur demander l'autorisation de pratiquer sur les malades une opération jugée nécessaire, est beaucoup plus stricte à l'égard des malades placés dans les maisons de santé qu'à l'égard de ceux qui sont traités dans les asiles publics, et, pour ce qui est de ces derniers, à l'égard de ceux qui sont placés volontairement en vertu de l'art. 8 de la loi du 30 juin 1838 dans les pensionnats annexés qu'à l'égard des aliénés indigents placés d'office ou en vertu de l'art. 25, et dits du régime commun.

Dans cette dernière espèce, j'estime que le droit du médecin de pratiquer les opérations qu'il juge nécessaires, sous les réserves exprimées plus haut, est absolu, et que s'il juge utile d'en aviser la famille et de chercher à obtenir préalablement son assentiment, c'est à titre purement gracieux et sans aliéner pour cela le droit qu'il a de passer outre en cas de refus.

Mais, si on lui refuse cette adhésion, il ne doit pas oublier qu'il a non-seulement *le droit*, mais encore *le devoir* d'opérer en dépit des résistances de la famille.

Seulement, dans la prévision des attaques dont il pourrait être l'objet de la part de cette dernière, si l'opération jugée par lui nécessaire et pratiquée malgré l'opposition de la famille, avait des suites funestes, ce qu'il est toujours bon de prévoir pour les opérations les plus simples, et alors même qu'elles se présentent dans les conditions les plus favorables à une réussite, l'opérateur devrait couvrir sa responsabilité en provoquant une consultation de praticiens étrangers à l'établissement, et en s'étayant de leur avis avant de pratiquer l'opération.

Je n'ai pas besoin de dire que, dans le cas où l'aliéné qu'il s'agit d'opérer est interdit, c'est au tuteur surtout qu'il

convient de s'adresser pour obtenir le consentement à l'opération, mais sous les mêmes réserves que celles que nous avons cru devoir poser plus haut pour les familles.

Ces réserves me paraissent d'autant plus justifiées que le droit pour le tuteur d'administrer les biens d'un aliéné ne saurait, ce me semble, entraîner celui de disposer de son corps, au point de s'opposer à une opération que le médecin jugerait nécessaire.

En résumé et pour ce qui se rapporte au point soulevé par M. Blanche, on peut établir cette règle que, pour les aliénés placés volontairement en vertu de l'article 8 de la loi dans les maisons de santé, le devoir, et je crois pouvoir ajouter l'intérêt des chefs de ces établissements, est de prendre l'assentiment des familles dans les cas où une opération est jugée nécessaire; qu'il en est de même pour les aliénés placés au même titre dans les pensionnats des asiles publics; que pour les aliénés placés dans ces derniers établissements, soit d'office, soit en vertu de l'article 25, le médecin remplit un devoir de convenance en prévenant les familles et en leur demandant leur adhésion écrite; et, qu'en cas de refus il doit passer outre sauf à couvrir sa responsabilité par une consultation de plusieurs praticiens étrangers à l'établissement.

J'ajoute que dans ce cas, la famille pourrait être mise à même d'adjoindre un médecin désigné par elle à la consultation.

Je crois pouvoir rattacher à cette communication la relation d'un fait qui soulève un point de pratique dont la solution ne laisse pas que de mettre le médecin dans un embarras véritable. C'est celui d'un aliéné de l'asile de Rennes dont un des côtés du cou était à moitié rongé par un ulcère gangréneux. Par suite des progrès du mal la carotide externe de ce côté venait d'être mise à nu et sur le point d'être atteinte elle-même. On la voyait manifestement au fond de la plaie.

Je note que le malade souffrait horriblement, qu'il était incurable de son aliénation mentale, et qu'une ligature du vaisseau découvert ne pouvait avoir pour résultat que de retarder de deux ou trois jours au plus une mort inévitable et que de prolonger d'autant des souffrances atroces, je le répète.

Quel était le devoir du médecin dans cette circonstance ? Devait-il pratiquer une ligature qui avait chance de prolonger de quelques jours une telle existence, ou devait-il s'arrêter à une abstention qui tendait à l'abréger en permettant au mal d'envahir l'artère et d'amener la mort immédiate ?

La question était embarrassante ; cependant je déclare que je n'ai pas hésité à la résoudre dans le sens contraire à l'abstention.

Malgré les raisons d'humanité, on peut le dire, qui plaidaient en faveur de cette dernière, et malgré l'*inutilité, certaine, absolue,* de l'opération, au point de vue curatif, je l'ai immédiatement pratiquée, et j'ai administré la morphine pour atténuer quelque peu les douleurs. Trois jours après, la lésion de l'artère que la ligature n'avait pu que retarder s'est produite finalement, ainsi qu'il était facile de le prévoir et le malade a succombé à l'hémorrhagie qui en a été la conséquence.

Je n'ai pas dû oublier, dans la circonstance, que le devoir du médecin était, partout, toujours et à tout prix de prolonger l'existence de ses malades.

Il m'a semblé aussi que la loi lui en faisait également une obligation à raison des questions d'héritages, de succession et autres dont la solution peut se trouver liée, dans certains cas, à celle de la durée de la vie.

Pour apprécier l'importance de cette dernière considération, il me suffit de supposer le cas d'une personne ayant un fils unique et un neveu. Si le fils de cette personne meurt avant elle, le neveu hérite ; si, au contraire, cette personne meurt avant son fils c'est ce dernier qui hérite à l'exclusion

du neveu. Une différence d'un jour, d'une heure même dans la durée de la vie, peut entraîner un déplacement de droits.

La question de savoir qu'elle doit être la règle de conduite du médecin en présence des opérations dont le besoin peut surgir chez les aliénés vient de se poser de nouveau, à l'occasion d'un fait qui s'est produit dans mon service, et qui m'a paru assez remarquable pour mériter de fixer l'attention de la Société.

Il s'agit d'une aliénée originaire de Mulhouse, habitant Paris depuis 1871, et entrée à l'asile de Vaucluse le 7 février dernier.

Son état mental était et est encore caractérisé par un délire partiel avec prédominance d'idées religieuses et mystiques ; hallucinations de l'ouïe et de la vue ; troubles de la sensibilité générale; interprétations délirantes et disposition impulsive. La malade dit, de plus, être possédée du démon.

Le début de cette aliénation mentale remonte à plus d'un an, et elle paraît reconnaître pour cause le chagrin causé par la mort d'une sœur à laquelle la malade était très-attachée. Ne s'étant jamais départie, dans son délire, de la douceur qui forme le fond de son caractère, et s'étant montrée, partant, toujours inoffensive, la famille n'avait jamais voulu s'en séparer pour la faire admettre dans un établissement d'aliénés, lorsqu'un jour, pendant une courte absence de son père, pour obéir à un ordre de Dieu qu'elle croyait entendre, et afin de chasser le diable de son corps, elle plongea sa main droite dans le foyer ardent d'un poêle chauffé au charbon de terre, et l'y maintint jusqu'à ce qu'elle fût entièrement carbonisée. Puis, son père étant revenu, elle le salua de ces mots : « *papa, je suis sauvée, le diable vient de sortir* ; et elle montra sa main brûlée. Sa physionomie respirait alors le bonheur et n'exprimait nullement la douleur qu'une telle brûlure, brûlure au

6° degré de Dupuytren, aurait dû lui causer ; elle a affirmé, d'ailleurs, qu'elle n'avait nullement souffert.

Je note, en passant, cette particularité dont je me prévaux dans une étude spéciale à laquelle je me livre en ce moment, sur une anesthésie que je crois pouvoir appeler anesthésie de cause morale, et qui me paraît, ainsi que j'en ai cité et que j'en citerai de frappants exemples, propre à un grand nombre d'aliénés, et plus spécialement à ceux qui attentent à leurs jours, pendant la perpétration de l'acte suicide.

Le désordre occasionné par la brûlure de cette demoiselle étant assez grave pour nécessiter l'amputation, et cette opération ne se trouvant, d'ailleurs, contre-indiquée par aucune complication de paralysie générale ou autre, il y a été procédé le 22 février 1876, par les soins de M. le docteur de Cesti, et avec l'assentiment de la malade et de la famille, l'une et l'autre consultées.

Chloroformisée, parce que les douleurs qu'elle paraissait éprouver dans sa main malade donnaient lieu de craindre qu'elle ne fût pas insensible à l'opération, mais s'étant réveillée dans le cours de cette dernière, elle montra la physionomie la plus béate et la plus riante, et l'amputation put s'achever sans qu'elle parût éprouver la moindre douleur.

Il n'est personne qui, en lisant la relation qui précède, ne se rappelle l'histoire de Mucius Scœvola, ce Romain qui lors du siége de Rome par Porsenna, pénétra dans le camp et jusque dans la tente du roi dans le but de le poignarder, et qui frappa, par méprise, le secrétaire de ce dernier. On sait qu'arrêté et interrogé sur-le-champ, au lieu de répondre il plaça sa main droite sur un brasier ardent, comme pour la punir de sa maladresse et la laissa brûler.

La critique moderne a, je le sais, contesté ce fait à raison sans doute de l'invraisemblance d'un effort soutenu pour supporter volontairement une douleur aussi intense que

celle qui résulte d'une brûlure faite dans les conditions dont il est parlé. Mais l'acte que nous venons de raconter me semble bien de nature à faire tomber l'objection et à accréditer de nouveau une notion d'histoire que les siècles avaient respectée. La surexcitation du patriotisme ne peut-elle pas produire chez certaines natures une exaltation aussi favorable au développement de l'insensibilité que celle qui résulte, dans certains cas, de l'aliénation mentale?

Si l'on examine cette observation au point de vue spécial de la question qui forme l'objet de cette communication, on remarque qu'elle diffère de la première observation, parce que la malade est jeune, qu'elle ne présente encore aucun signe de démence, qu'il n'existe chez elle aucune complication de paralysie, et que, loin d'opposer la moindre résistance à l'amputation, elle l'a accueillie avec une visible satisfaction et comme un acte en rapport avec ses aspirations délirantes.

On n'a eu, dans l'espèce, à se préoccuper que d'une chose, à savoir de l'assentiment de la famille, et bien qu'à la rigueur, et en présence d'une indication aussi flagrante, on eût pu s'en dispenser, on n'a pas hésité à le demander et ce n'est qu'après l'avoir obtenu que nous avons laissé pratiquer l'opération.

NOTE

SUR

LES ALTÉRATIONS

DU CŒUR, DU FOIE, DES REINS, ETC.

CHEZ LES ALIÉNÉS (1)

Par M. le Dr DUFOUR
Médecin adjoint de l'asile de Bron, près Lyon.

Les auteurs qui se sont livrés à l'étude de la folie se sont tous plus ou moins étendus sur les altérations que l'on rencontre dans les divers organes des aliénés, en dehors des lésions cérébrales, sans toutefois s'accorder sur leur valeur, tant sous le rapport étiologique que du rôle qu'elles peuvent jouer dans la marche de la folie. Depuis quelques années nous sommes frappé de la très-grande fréquence des lésions du cœur, du foie et des reins et souvent aussi de la rate chez les sujets dont nous avons pu pratiquer les autopsies. Nous nous proposions de faire à ce sujet des recherches plus complètes, quand notre nomination à Bron est survenue, interrompant notre travail faute d'un champ d'observation convenable pour le moment.

En dehors des maladies du cœur, les auteurs classiques, les traités spéciaux mentionnent à peine les lésions que nous allons passer en revue, sans établir du reste aucune corrélation entre elles. Griesinger parle dans son *Traité des maladies mentales* de certaines dégénérescences graisseuses atteignant les organes des aliénés, sans entrer dans aucun détail. M. Calmeil les relate brièvement dans ses diverses observations et l'article (Aliénés) qu'il a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. MM. Bonnet

(1) D'après les autopsies pratiquées à l'asile de Sainte-Gemmes (Msine-et-Loire) en 1874 et 1875.

et Poincarré (*Recherches sur l'anatomie pathologique*, etc., *de la paralysie générale*; in *Ann. méd.-psych.*, 1868), font aussi une mention particulière des troubles divers de la nutrition qu'ils ont rencontrés dans la plupart des organes des paralysés généraux ; lésions qu'ils attribuent à un vice de l'innervation du grand sympathique lui-même altéré. Ces lésions ne sont pas le propre exclusif de la paralysie générale, car si l'on dépouille avec soin les diverses observations éparses concernant les maladies mentales, on y retrouve fréquemment ces altérations multiples que nous avons observées nous-même, décrites avec plus ou moins de soin, mais en somme suffisamment indiquées pour que nous puissions déjà y trouver un contrôle et une confirmation de nos vues personnelles. En dehors de l'aliénation mentale, du reste, ces lésions variées se rencontrent fréquemment dans les affections du système nerveux et paraissent avoir une relation manifeste avec elles.

Les observations dont le résumé suit ont été prises en dehors de toute préoccupation systématique. Sauf quelques-unes dont nous n'avons pas conservé note, ou que nous avons égarées, elles représentent à peu près la somme totale des autopsies que nous avons pratiquées dans ces deux dernières années. Nous avons voulu nous en tenir à cette période, négligeant d'autres documents qui se rapportent à des temps où nos recherches ont porté plus spécialement sur les centres nerveux et manquent dès lors des détails qui ont depuis fixé notre attention. Ces observations nous les donnons toutes, afin que l'on puisse se rendre un compte plus exact de la fréquence et du rapport des lésions entre elles. Elles sont résumées au nombre de 61 ; bien que, pour quelques-unes, nous ayons pratiqué l'examen microscopique des pièces, nous n'avons pas cru devoir en faire mention en détail, les altérations visibles à l'œil nu étant du reste suffisamment constatées.

Nous devons prévenir aussi que si, selon notre habitude,

nous employons ici la méthode numérique, c'est uniquement pour donner plus de précision aux faits, sans néanmoins attribuer aux chiffres une valeur absolue.

Laissant de côté les lésions de l'encéphale nous nous bornerons à étudier sommairement celles des organes thoraciques et abdominaux et plus particulièrement encore quelques-unes d'elles seulement. Notre travail n'aurait-il pas réussi à prouver leur corrélation intime avec les maladies mentales, au moins en résultera-t-il la preuve de leur extrême fréquence chez les aliénés : ce qui ne sera certainement pas une recherche inutile pour l'histoire de la folie. Si incomplète et défectueuse que soit cette simple étude, nous en donnons quand même les premiers résultats afin de faire ressortir des faits, insuffisamment signalés jusqu'à ce jour, qui cependant sont loin de manquer d'intérêt sous bien des rapports.

Si l'on examine les notes qui accompagnent ce travail, et que nous avons divisées en cinq séries pour y mettre un peu d'ordre, on remarquera la très-grande fréquence des altérations du cœur (44 sur 61 cas ou 74 0/0); après elles viennent celles du poumon (55 0/0) et de la plèvre (47 0/0); puis du péricarde dans une plus faible proportion (21 0/0). Pour les organes abdominaux le foie est lésé dans les mêmes proportions que le cœur (74 0/0) et les reins dans les rapports de 57 0/0.

Les auteurs paraissent très-partagés sur la réalité de cette fréquence des lésions du cœur chez les aliénés. Griesinger les considère comme rares; selon lui, Bazin de Bordeaux n'en aurait rencontré que trois cas sur 343 autopsies de femmes aliénées. L'opinion contraire soutenue par des aliénistes non moins éminents, tels que Guislain, Morel, Dagonet, etc., conforme à notre observation personnelle, nous paraît être plus dans le vrai et exprimer en somme le fruit de recherches plus exactes et plus attentives. Ces médecins toutefois se sont attachés principalement à

démontrer le rôle étiologique de ces maladies relativement à la folie; et si, comme Dagonet, ils recherchent au contraire l'influence de la folie sur le développement des lésions cardiaques, ils semblent se borner à y reconnaître un effet purement nerveux, comparable à celui que l'on attribue aux émotions vives sur le centre circulatoire, pour y déterminer à la longue une hypertrophie nutritive. C'est là, selon nous, une interprétation trop étroite des faits; sans en contester la valeur dans certains cas, nous sommes porté à admettre, en dehors de ceux où la maladie du cœur ou des autres organes est antérieure à la folie, que par suite des désordres prolongés de l'innervation ou souvent même en raison de la cause qui les produit, il se manifeste dans l'économie une altération générale qui se traduit dans le cerveau et les principaux organes par des inflammations chroniques scléreuses, ou la dégénérescence graisseuse et souvent les deux et leurs conséquences variées.

C'est là, du reste, l'expression la mieux caractérisée des manifestations anatomiques des maladies mentales. Occasionnées bien souvent au début par de simples anomalies dans les échanges nutritifs, elles ne tardent pas à se traduire par des lésions plus apparentes de l'ordre que nous venons d'indiquer, telles que la pachyméningite, l'épaississement, l'opalescence et souvent l'œdème des enveloppes viscérales, l'état variqueux, congestif ou athéromateux des vaisseaux de la pie-mère, ou des centres nerveux; des adhérences des méninges au cerveau, l'inflammation, l'atrophie, la dégénérescence générale ou partielle des couches corticales ou d'autres portions de l'encéphale, etc.

Les poumons et les plèvres s'altèrent facilement selon leur modalité propre (inflammation, tubercules, gangrène); ces dernières deviennent à la moindre occasion le siége d'inflammations qui souvent passent inaperçues pendant la vie. Chez 26 de nos aliénés, c'est-à-dire plus du quart, nous rencontrons des adhérences pleurales anciennes, dont quel-

ques cas seulement peuvent se rattacher à une tuberculisation pulmonaire concomitante.

Quant au cœur, laissant de côté les cas où il est simplement adipeux (6), on le trouve 44 fois (ou 74 0|0) atteint dans son tissu musculaire ou ses valvules. Le péricarde est plus rarement malade : l'hydropéricarde (11 cas); les plaques laiteuses (5), la péricardite avec ou sans adhérence générale au cœur (3), sont par ordre de fréquence les lésions qu'il nous a présentées. Comme pour celles des plèvres le plus souvent les lésions du péricarde passent inaperçues pendant la vie : tel est, par exemple, le cas n° 26, série n° 1 où il existait une péricardite aiguë que rien ne faisait soupçonner du vivant du malade ; ce qui s'est présenté bien des fois à l'observation des médecins des asiles (Voir Calmeil, *loc. cit*). A considérer isolément chacune des lésions du cœur, celles de la mitrale sont de beaucoup les plus fréquentes : 7 fois elle était simplement épaissie et 23 fois athéromateuse. Nous avons apporté le plus grand soin dans ces recherches et noté exactement les moindres plaques d'athérome, ce qui peut rendre compte de l'écart qui existe entre nos observations et celles d'autres auteurs. Toutes ces études du reste ont été faites avec la collaboration des internes de la maison et plus particulièrement de MM. Kéraval et Chabrun, qui en ont constaté le résultat avec nous. La mitrale est rarement lésée seule (2), ou en compagnie des sigmoïdes aortiques seulement (4); souvent elle accompagne une altération du muscle (6); plus souvent encore ce dernier et les différentes valvules sont altérés (18). Enfin 14 fois le tissu cardiaque seul a été atteint; ces cas se rapportent en général à la dégénérescence graisseuse ou à l'hypertrophie simple. Les valvules sigmoïdes ont été un peu moins fréquemment atteintes que la mitrale (26 fois au lieu de 30). Toutes ces lésions appartiennent au cœur gauche; les cavités droites, sauf quelques cas de dilatation et un seul fait ou la tricuspide était notablement épaissie,

n'ont donné lieu à aucune observation digne d'intérêt. Elles participent toutefois plus ou moins à l'augmentation de volume général que nous avons rencontrée 14 fois, tout en affectant plus particulièrement le côté gauche.

Souvent le cœur (18) s'est trouvé atteint de dégénérescence graisseuse, comme dans bien des maladies générales ou infectieuses : sorti du thorax, il s'affaisse, il est mou, flasque, jaune ou grisâtre. Cette coloration est générale ou limitée à quelques stries. Examiné au microscope, il est facile d'y reconnaître les altérations plus ou moins avancées de cette dégénérescence. Chez un de nos malades de l'asile d'Armentières, elle fut cause de la mort par rupture du cœur pendant la défécation. Il ne sera pas sans intérêt de relater ici son observation abrégée : Vercoutère Louis, entré le 27 novembre 1849, décédé subitement sur les lieux d'aisances le 24 juin 1872, âgé de 66 ans. Démence, bonne santé apparente, obésité. — Alt. céph. : congestion des sinus; pachyméningite chronique, athéromes artériels ; épaississement, opalescence et hydropisie des méninges viscérales; hydropisie méningo-ventriculaire ; atrophie et mollesse cérébrales ; plaque jaune sur une circonvolution, ramollissement ancien dans le corps strié droit. Poids du cerveau, 1295 grammes.— Alt. thor. : poumons sains; péricarde rempli par un caillot pesant 267 grammes ; cœur surchargé de graisse; plaque laiteuse à droite ; muscle très-friable au toucher. A gauche, en avant, à l'union du tiers supérieur au tiers moyen du ventricule, déchirure transversale de 3 cent. de long, irrégulière et contenant des caillots. L'orifice interne est plus grand, il est situé entre un grand pilier et la base de la mitrale. Au point rompu, les parois ont deux centim. d'épaisseur, elles sont imbibées de sang et tout autour parsemées de stries jaunes ou grisâtres. Les artères coronaires et les valvules sont athéromateuses. — Alt. abdom.: gros calculs biliaires; rien autre de noté.

Calmeil (*loc. cit.*) dans sa longue carrière et sur son

vaste terrain d'exploration scientifique n'a rencontré que trois fois la rupture spontanée du cœur dans ses autopsies, il n'en expose du reste pas la pathogénie. Il est fait mention aussi dans nos observations résumées (série n° 10) d'un abcès du cœur dans la paroi interventriculaire. Quelquefois le cœur est petit et atrophié. L'aorte participe généralement aux lésions des valvules ; l'athérome y est fréquent et sa crosse est parfois dilatée. Dans un cas (série 5,n° 9), ce vaisseau fut trouvé rompu, ce qui entraîna la mort subite ; genre de mort fréquent chez les aliénés et que l'on peut attribuer le plus souvent à l'état du cœur ou des vaisseaux.

Telle est à peu près, en quelques lignes, l'anatomie pathologique du cœur chez les aliénés.

Le muscle cardiaque n'est pas le seul altéré dans les maladies mentales; nos observations de lésions analogues dans d'autres muscles sont encore trop incomplètes pour les faire figurer ici ; nous nous bornerons à en faire mention pour certains cas chroniques. M. Auguste Voisin (*Leçons cliniques sur les maladies mentales*) leur attribue le mutisme, que l'on observe chez quelques paralysés généraux, dont les muscles de la langue sont atteints de dégénérescence granulo-graisseuse avec multiplication des noyaux du sarcolemme. Dans l'espèce cette altération serait, d'après cet auteur, en rapport avec des lésions analogues des cellules qui constituent les noyaux d'origine des nerfs bulbaires et de ces nerfs eux-mêmes. (Voir nos obs., série 1, n° 20.)

Aux lésions du cœur se rattache l'étude d'altérations simultanées et concomitantes d'autres parties du corps, telles que le foie, les reins et aussi la rate. Elles procèdent des deux types généraux que nous avons déjà indiqués, l'inflammation chronique et la dégénérescence graisseuse.

Les maladies du cœur, par suite des troubles de la circulation qu'elles engendrent, développent des lésions secondaires du foie et des reins; réciproquement aussi, ces dernières peuvent être primitives et produire des modifications

dans la tension du système circulatoire, cause ultérieure de lésions cardiaques. Les affections pulmonaires, certaines cachexies, etc., s'accompagnent aussi de lésions hépatiques ou rénales. On comprend dès lors combien est difficile à reconnaître la part d'influence qui revient à chacune des lésions observées sur celles d'autres organes et combien dès lors aussi est difficile à discerner l'action particulière du trouble cérébral; influence que la très-grande fréquence de certains états chez les aliénés rend cependant infiniment probable.

Les auteurs français sont très-sobres de détails sur les maladies du foie chez les aliénés (Morel, Dagonet, Parchappe, etc.). Griesinger y consacre en tout *cinq mots* dans son traité, où il fait simplement mention « des affections organiques du foie » chez les aliénés. Rindfleisch (*Histologie pathologique*) nous apprend que chez les malades jeuneurs, le foie est particulièrement petit, de couleur brune, et sa capsule relachée ou ridée, ce qu'il attribue à l'atrophie simple. Cette diminution générale de volume provient d'après cet auteur de ce que les cellules hépatiques sont réduites jusqu'au tiers de leur grandeur normale; elles contiennent en outre du pigment jaune ou brun. Cet état atrophique existe non-seulement dans le foie, nous l'avons rencontré dans la vésicule, l'estomac et les autres viscères intestinaux que nous avons trouvés dans des cas pareils, contractés et revenus sur eux-mêmes. L'atrophie du foie s'observe aussi dans d'autres circonstances, particulièrement chez les déments simples ou séniles; mais elle nous a paru alors le plus souvent être de nature scléreuse.

Les altérations principales du foie, celles que l'on est en droit de rattacher intimement à l'histoire de la folie rentrent, autant qu'on peut en juger par nos observations, dans le cadre de l'inflammation interstitielle scléreuse ou de la dégénérescence graisseuse, avec hypertrophie, mais le plus souvent atrophie partielle ou totale de l'organe selon

la période du processus. Nous avons aussi rencontré quelques cas rares de kystes hydatiques, de tumeurs cancéreuses, ou tuberculeuses du foie ; bien que nous n'en ayons pas noté dans les observations de ces deux dernières années qui font la base de ce travail. Les calculs biliaires sont fréquents chez les aliénés : le plus souvent ils passent inaperçus pendant la vie, leur volume est excessivement variable ainsi que leur nombre. Nous les avons rencontrés à tous les âges. On a attribué un certain rôle étiologique, dans la production de la lithiose biliaire, à la *vie sédentaire* et *au séjour dans les prisons* : se passe-t-il quelque chose d'analogue pour les aliénés? toujours est-il que chez eux ces calculs sont loin d'être rares.

L'état de la vésicule est très-variable, nous l'avons trouvée distendue par beaucoup de liquide ; d'autrefois atrophiée et même réduite à l'état d'un simple cordon blanchâtre, semblable à une plume d'oie. Quant à la coloration de la bile et à sa quantité, nous l'avons rencontrée depuis un état noirâtre et presque solide jusqu'à la blancheur albumineuse. Tel fut le cas d'un maniaque observé à l'asile d'Armentières, le nommé Roussel, né le 8 juin 1846, faible d'intelligence, cependant assez bon ouvrier ; à l'âge de 16 ans il devient épileptique, puis maniaque ; il entre à l'asile le 20 septembre 1866, y décède le 2 juillet 1869 dans une série d'accès. Autopsie 30 heures après : injection et coloration vineuse du cerveau et de ses enveloppes ; poumons conjestionnés en arrière ; cœur sain ; foie noir comme de l'encre ; vésicule distendue, épaisse, blanchâtre, liquide clair, d'aspect louche, albumineux, sans viscosité ; cinq calculs biliaires blanchâtres aussi, l'un d'eux est logé dans le col et y est comme enkysté. Le canal cystique est entièrement atrophié et oblitéré.

Dans trente et une de nos observations nous avons rencontré le foie plus ou moins atteint en même temps que le cœur et les reins, et souvent aussi la rate. Sept fois le cœur et le

foie seuls étaient malades; sept fois encore le foie a été atteint en dehors de toute affection cardiaque concomitante.

La rate chez les aliénés, quand elle est altérée, se présente d'habitude sous deux états pathologiques opposés; elle est souvent molle jusqu'à la diffluence; mais d'autrefois elle est dure et a un aspect hépatique. Dans une de nos observations (série 4, n° 10) elle devient énorme en poids et en volume (1030 grammes). Ces altérations ne nous ont pas paru devoir se rattacher à des accès de fièvre intermittente que nous n'avons pas constatés chez ces malades.

La capsule de la rate est souvent très-épaisse (périsplénite chronique); quelquefois elle a un aspect cartilagineux. Chez le malade dont l'observation suit, nous avons trouvé à l'intérieur des noyaux entièrement cartilagineux; n'en ayant pas pratiqué l'examen microscopique, qui seul pouvait en décider, nous n'oserions toutefois affirmer avoir rencontré là un véritable cas de chondrome de cet organe. Le nommé Delannoy, journalier, entré le 1er septembre 1858 à l'asile d'Armentières, décédé le 2 mars 1868, âgé de 48 ans; deuxième entrée, idées de suicide, puis démence; tombe subitement dans le coma et meurt quelques heures après. Épaississement et injection des membranes viscérales; injection encéphalique; poumons congestionnés; cœur volumineux; ossification de l'aorte et des valvules; l'enveloppe de la rate est presque entièrement cartilagineuse; dans le centre de l'organe existent quelques noyaux ayant le même aspect.

Bien que nos connaissances sur la physiologie et la pathologie de la rate soient encore fort imparfaites, certains faits sont néanmoins acquis d'une façon incontestable; ainsi l'influence du système nerveux sur cet organe; la grande facilité avec laquelle il se congestionne et varie de volume; enfin les rapports intimes qui relient sa pathologie spéciale à celle des autres viscères importants de l'économie.

Aussi ne devra-t-on pas s'étonner d'y rencontrer des altérations analogues à celles que nous observons dans les principaux organes des aliénés.

Certains auteurs ont même attribué à cet état de la rate une influence directe sur les troubles de l'esprit. Parmi les jeunes soldats envoyés en congé de convalescence, les relevés statistiques comptent toujours un bon nombre de nostalgiques; or, chez tous ou presque tous, dit le Dr Ferrand (*De la circulation et de l'engorgement spléniques*), la nostalgie se lie à un engorgement splénique, qui devient lui-même cause de dépression vitale et de nostalgie.

Ce sont là des questions délicates d'analyse pathogénique que l'impressionnabilité de la rate à toutes les actions d'ordre nerveux et ses corrélations fonctionnelles ne permettent pas de rejeter sans examen; nous y trouvons au contraire des motifs sérieux d'appeler l'attention sur les faits dont il s'agit (Besnier, *in* art. *Rate*, du *Dictionnaire encyclopédique*).

Les altérations du rein sont représentées par les diverses formes des néphrites et de la dégénérescence graisseuse. Elles révèlent en général un caractère de chronicité, car rarement nous les avons rencontrées à l'état aigu. Les travaux récents de pathologie rénale ont prouvé combien il y avait d'incohérence dans la description de ce qu'on a appelé la maladie de Bright. Griesinger dit de cette affection « à laquelle on pourrait attribuer une relation étiologique quelconque avec la folie, qu'elle est rare chez les aliénés, bien que l'on trouve dans les asiles, chez les paralytiques, chez les sujets morts de consomption, etc., aussi souvent qu'ailleurs, des affections plus ou moins graves des reins, comme on en voit chez les individus qui meurent dans le marasme ». On peut voir par l'examen de nos observations que ces altérations sont loin de ne se rencontrer que chez les individus paralytiques ou mourant de marasme.

Cette opinion de la rareté des néphrites chez les aliénés provient aussi de recherches infructueuses sur les urines de ces malades. Si l'on s'en tient à quelques essais, faits surtout sans méthode, on est conduit à ce résultat que des expériences mieux établies et l'anatomie pathologique viennent infirmer. Nous-même, avons pu jusqu'à un certain point partager cette erreur. Il y a quelques années en effet (en 1866), nous pratiquâmes, à l'asile de Dijon, une série d'expériences pour rechercher le sucre et l'albumine dans l'urine de nos malades ; les résultats en furent à peu près négatifs. Sur les urines rendues après l'accès de quatorze hommes épileptiques, quatre-vingt-dix analyses ont été faites, sans rencontrer ni sucre ni albumine. Huit femmes sur les urines desquelles j'ai expérimenté quarante-cinq fois dans les mêmes conditions m'ont donné les mêmes résultats. Une neuvième épileptique (la nommée Huau ou Huar), ayant depuis longtemps des crises tous les quinze jours, a présenté à la suite de chacun de ses accès une albuminurie transitoire durant un jour ou deux au plus, d'une très-grande intensité au début mais disparaissant d'une façon graduelle et rapide. J'ai expérimenté sur ses urines rendues à la suite de dix attaques avec le même résultat, tandis que l'albumine faisait entièrement défaut en dehors des crises convulsives. Ayant été, sur ces entrefaites, nommé à Armentières (Nord), je n'ai pu suivre cette intéressante observation. J'ai fait à cette époque les mêmes recherches chez six paralysés généraux et trois femmes atteintes de la même maladie : trente-six expériences m'ont donné des résultats nuls.

Depuis, des études nouvelles et plus attentives m'ont amené dans ces derniers temps à constater plus fréquemment la présence de l'albumine dans les urines de certaines malades. Du reste on peut voir dans nos tableaux que très-souvent les reins ont été trouvés durs, mamelonnés, ratatinés, présentant des kystes plus ou moins volumineux de la périphérie ou à l'intérieur ; lésions qui se rapportent à la

néphrite interstitielle, démontrée aussi par l'examen microscopique; d'autrefois ce sont tout simplement les altérations de la stéatose. Or ces deux genres de processus morbides, le dernier surtout, sont loin de se traduire toujours et en tout temps par l'existence d'urines albumineuses, ce qui peut expliquer la rareté relative de l'albumine dans l'urine de nos malades. En somme, en ce qui me concerne, des recherches mieux conduites, quoique bien insuffisantes encore, ont modifié ce qu'il y avait d'excessif à déduire d'expériences superficielles et incomplètes (Michéa, Morel, etc.), la rareté des altérations rénales chez les aliénés. Il y a là encore toute une étude intéressante à faire en s'aidant des lumières et des progrès récents de la pathologie des reins.

Quoi qu'il en soit, pour nous, s'il est un fait acquis, c'est que très-fréquemment chez bon nombre d'aliénés les organes les plus essentiels à la vie, ceux qui servent ou contribuent à la formation ou l'épuration du liquide nourricier et à sa distribution régulière dans l'économie ont subi des modifications graves de texture. Pense-t-on que cette notion puisse être indifférente au pronostic des maladies mentales, et surtout soit étrangère à leur peu de curabilité à mesure que l'on s'éloigne du début du mal. Loin de nous la pensée de vouloir rejeter au second plan des lésions cérébrales que l'on rencontre dans la folie; cependant, dans bien des cas cette maladie nous paraît causée par un état général, un vice dans les échanges nutritifs, suractivés, insuffisants, ou viciés par un poison quelconque (alcool, plomb, fièvre thyphoïde, etc., etc.); quoi d'étonnant si elle s'accompagne comme les affections d'altérations multiples et similaires dans les principaux organes des individus qui en sont atteints.

Ces états pathologiques complexes peuvent-ils se reconnaître pendant la vie? assurément ce n'est pas toujours chose facile : certains aliénés ne se prêtent pas volontiers

aux examens que ce genre d'études exige, sans compter que bien souvent leur agitation est un obstacle absolu, quand leur malpropreté n'est pas un autre motif d'empêchement. Combien de fois ne nous est-il pas arrivé de ne pouvoir examiner lo cœur, ou obtenir des urines chez des individus où tout nous faisait supposer l'existence d'une lésion matérielle dont il nous importait de noter exactement les symptômes. Cependant en général on peut, en suivant les voies ordinaires arriver au diagnostic. L'état du cœur se reconnaît avec assez de facilité ; il n'en est pas de même pour le foie et les reins dont les lésions ont des signes moins précis et passent souvent inaperçues pendant la vie. Le plus souvent, du reste, l'aliéné est un être passif chez lequel les réactions ordinaires font défaut, ce qui augmente encore l'embarras et la perplexité de l'observateur. Outre les signes positifs ordinaires des affections que nous avons étudiées, nous pensons qu'elles ne sont pas étrangères à la coloration particulière de la peau que l'on trouve chez beaucoup d'aliénés chroniques, où l'on remarque un état terreux, plus ou moins bistre de la face et d'autres parties du corps, quelquefois même bronzé, sans que dans bien des cas on puisse faire intervenir l'action solaire comme cause productrice de cette pigmentation anormale.

En résumé, nous ne croyons pas inutile, malgré l'imperfection de ce travail, d'appeler l'attention des médecins sur les faits qu'il renferme, comptant plus tard par une étude plus approfondie pouvoir plus complétement et avec plus de clarté envisager les points de vue différents qu'ils présentent sous divers rapports.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

SÉRIE I. — Observations avec lésions du cœur, du foie et des reins.

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
1	F. 32 ans.	2 ans.	*Faiblesse d'esprit et manie.* Phthisie aiguë.	Opalescence et épaississement des méninges viscérales. — Hydropisie sous-arachnoïdienne ; anémie cérébrale. — Cerveau pstit.	Poumons farcis de tubercules. — Cœur petit. — Mitrale épaissie.	Foie muscade. — Reins, quelques points très-congestionnés formant en général une masse ronge grenue, striée de jaune en quelques endroits.
2	F. 45 ans.	15 ans	*Lypémanie.* Morte par suite de marasme card. pulmonaire.	Epaississement des enveloppos. — Thrombose des sinus. — Injection de la pie mère. — Hydropisie ventriculaire. — Cerveau petit (1002 gr.) (1).	Adhérences pleurales anciennes, serosité dans les plèvres. — Emphysème et dilatation bronchique. — Sclérose du poumon droit. — Sérosité dans le péricarde. — Cœur petit. — Mitrale très-épaissie et athéromateuse, ainsi que les sigmoïdes et la crosse de l'aorte.	Sérosité péritonéale. — Cirrhose atrophique du foie. — Reins petits pâles, durs, à surface irrégulière. — Kystes rénaux.
3	F. 29 ans.	1 an.	*Hystéro-épilepsie, manie.* Morte par phthisie aiguë.	Epaisslssement, opalescence et injection des méninges. — Cerveau (1115 gr.).	Adhérences pleurales. — Tubercules pulmonaires très-répandus. — Cœur mou, flasque, jaune et friable. — Mitrale épaissie, athéromo sur une valve. — Commencement d'athérome des sigmoïdes.	Péritonite tuberculeuse. — Foie gras, présentant quelques tubercules. — Reins couleur lie de vin avec quelques traînées jaunâtres et une thromhose veineuso. — Rate volumineuse, diffluente ; myome utérin.
4	H. 51 ans.	6 mois	*Paralysie générale.* Alcoolique mort dans des accès convulsifs.	Sinus pleins de sang; épaisissement, injection et adhérences des enveloppes viscérales. — Injection céphalique générale. — Sérosité dans les ventricules. — Cerveau (1191 gr.)	Adhérences pleurales anciennes. — Congestion pulmonairs. — Cœur, muscle sain, léger athérome à la base de la mitrale. — Sigmoïdes, aort. épaissies ; crosse légèrement athéromateuse.	Foie très-rouge, avec quelques points de stéatose. — Reins très-congeetionnés, quelques points graisseux, altérations plus marquées à droite où il existe de petits kystes superficiels.
5	F. 53 ans.	18 ans.	*Manie chronique* Morte par suite de gangrène pulmon.	Epaississement, opalescence et hydropisie des membranes. — Kystes des plexus choroïdes. — Anémie et atrophie du cerveau (917 gr.)	Adhérences pleurales anciennes, gangrène pulmonairs. — Cœur, valvules très-épaisses dans los cavités gauches.	Foie, 1er degré ds cirrhose. — Reins pâles ; petits kystes périphériques ; aspect à la coupe uniformément jaune pâle ; serosité péritonéale.
6	F. 70 ans.	9 ans.	*Lypémanie suivie de démence.*	Epaisissement, opalescence, bydropisie et anémie des membranes. — Kystes des plexus choroïdes. — Séro-	Adhérences pleurales anciennes. — Quelques tubercules pulmonaires. — Congestion et solérose des organes.	Foie, 1er degré de Cirrhose. — Reins, très-pâles déprimés ; des deux côtés, petits kystes superficiels. — Lss

(1) Les poids marqués dans cette colonne se rapportent au cerveau seul isolé des autres portions de l'encéphale.

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES	ALTÉRATIONS ABDOMINALES
			Marasme et affaiblissement progressif.	sité dans les ventricules. — Cerveau atrophié (935 gr.). — Circonvolutions ratatinées, pâles.	— Cœur, plaque laiteuse en arrière. — Epaississement des valvules.	deux substances confondues en une masse uniformément graisseuse.
7	F. 57 ans.	26 ans.	*Démence.* Morte par suite de pleurésie.	Thrombose du sinus latéral droit — Epaississement et opalescence des membranes.—Athéromes artériels.— Anémie et atrophie cérébrales (1075 gr.). — Tumeur du cervelet.	Pleurésie purulente à gauche. — Symphise cardiaque.— Cœur hypertrophié. — Sigmoïdes aort, et mitrale athéromateuses.	Foie stéatosé. — Rate petite et indurée. — Reins mamelonnés, petits kystes superficiels et dégénérescence graisseuse.
8	F. 59 ans.	15 jours 2e ent.	*Lypémanie avec tendance à la démence* Coma subit et mort rapide.	Congestion des sinus. — Epaississement des membranes, suffusions sanguines. — Forte injection du cerveau. — Organe mou et volumineux (1385 gr.). — Gliome à droite dans le lobe sphénoïdal. — L'hémisphère droit pèse 70 gr. de plus que le gauche.— Sérosité dans les ventricules.	Congestion pulmonaire. — Cœur gros, jaune et friable. — Mitrale épaisse, athéromateuses. — Mêmes altérations pour la crosse et les sigmoïdes aortiques.	Foie, 1er degré de cirrhose. — Petits calculs biliaires. — Rate indurée.—Reins petits.— Epaississement et adhérences de la capsule.— Nombreux petits kystes périphériques, à l'intérieur quelques kystes plus volumineux. — Organes très-rouges.— Urines albumineuse.
9	F. 45 ans.	8 mois 2 ent.	*Paralysie générale.* Marasme consécutif.	Pachyméningite de la base du crâne. — Injection, épaississement, opalescence, adhérences des enveloppes au cerveau. — Cet organe est mou, pâle, atrophié (950 gr.). — Sérosité et granulation des ventricules.	Adhérences pleurales récentes. — Cœur petit. — Athérome de la base de la mitrale.	Foie mou et très-congestionné. — Reins très-congestionnés.— Stéatose de quelques points de la couche corticale. —Injection intestinale.
10	F. 71 ans.	5 ans.	*Manie chronique* Morte par suite de lésions cardio-pulmonaires.	Réplétion des sinus. — Epaississement, opalescence et hydropisie des membranes, légère adhérence à droite. — Athérome. — Cerveau petit (1030), circonvolutions ratatinées, pâles, ramollissement jaune à droite et en arrière.	Emphysème pulmonaire. — Sur le sommet de la plèvre pariétale droite, plaque cartilagineuse. — Symphise cardiaque. — Cœur énorme (540 vide). — Abrès de la cloison interventriculaire.— Endocardite à gauche. — Mitrale athéromateuse. — Léger athérome aortique.	Foie dur et cirrhosé. — Stéatose rénale.
14	F. 71 ans.	9 ans.	*Faiblesse mentale, épilepsie,* Mort subite précédée d'affaiblisse-	Crâne épais, pachyméningite, épaississement, opalescence et hydropisie des membranes. — Cerveau très-pâle (89), petit. — L'hémisphère droit pèse 205 gr. de moins que l'au-	Adhérences pleurales anciennes. —Plaques laiteuses sur la plèvre.— Atrophie scléreuse du poumon. — Quelques tubercules. — Sérosité dans le péricarde. — Cœur pâle.— Epaissis-	Foie et reins gras.

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
			ment général progressif.	ire, très-atrophié, scléreux. — Atrophie de la portion droite de la protubérance.	sement des valvules.— Quelques points d'athérome à la naissance des coronaires.	
12	H. 58 ans.	6 m.	*Manie chronique* Décédé subitement au cours d'une diarrhée légère.	Tout le système de la veine cave supérieure est rempli de caillots fibrineux. — Epaississement et floe injection des enveloppes. — Piqueté cérébral. — Sérosité dans les ventricules. — Cerveau pèse 1072 gr.	Adhérences pleurales anciennes. — Emphysème pulmonaire.— Sérosité dans le péricarde. — Cœur volumineux (430 gr.). — Epaisseissement et athérome de la mitraie, des sigmoïdes et de l'aorte. — Sur un des piliers à gaucbe, plaque laiteuse lenticulaire. — Muscle mou, pâle et friable.	Foie gras. — Reins, très-dégénérés, graisseux, surtont le côté droit ; à gauche, kyste de la grosseur d'une noisette sur le hord externe. — Hernie ingulnale.
13	H. 47 ans.	6 m.	*Paralysie générale. alcoolique* Mort par affaiblissement général et diarrhée chroni - que.	Congestion des sinus. — Thrombnse du sinus latéral droit. — Epaississement, opalescence, injection, hydropisie des membranes. — Quelques suffusions sanguines. — Pas d'adhérences. — Atrophie, coloration vineuse dee circonvolutions quisont ramollies. — Injection céphalique générale.— Cervean pèse 1118 gr.	Adhérences pleurales anciennes, sclérose pulmouaire à gauche. — Cœur mou, flasque, friable. — Hypertrophie à gauche. — Athérome de l'aorte et des sigmoïdes. — Epaississement et athérome mitral. — Epalssissement de la triouspide.	Foie volumineux et gras ainsi que les reins. — Injection vive de l'intestin grêle.
14	H. 60 ans.	6 aus pour la 11e fois.	*Manie intermit.* Excès al - coolique Urémie comateuse, urines alhumi - neuses.	Adhérences de la dure mère aux os du crâne. — Epsississement et injection des méninges. — Circonvolutions petites et colorées. — Cerveau pèse 1106 gr.	Poumons congestionnés eu srrière. — Cœur volumineux (650), surtout à gauche. — Muscle friable, jaunâtre, mince, cavités dilatées. — Athérome mitral et des sigmoïdes.	Foie scléreux. — Reins très-voluminenx (le gauche pèse 248 gr., le droit 206).— Aspect extérieur grenu, livide, quelques points noirâtres di-séminés lutus et extra. — Kystes à droite, coloration généralement très-rouge, noire par plaques à l'intérieur.— Les reins laissent sourdre des gouttelettes très-ammoniacales irritant les yeux. — Calices et bassinet injectés. — Urèthre et vessie sains.
15	F. 35 aos.	5 m.	*Manie chronique* Chagrins domesti - ques, insère, grossesse, ac-	Sang fluide dans les sinus. — Epaississement et opalescences, des membranes soulevées par une grande quentité de sérosité — Vaisseaux vides de sang. — Cerveau pâle.— Sérosité	Adhérences pleuralesquelques plaques laiteuses avec ratatinement et indurntion du poumon sous-jacent. — Œdème pulmonalre.— Sérnsité dans le péricarde. — Cavités droites dila-	Sérosité périlonéales. — Foie pâle, gras. — Reine volumineux le gauche est principalement altéré, sa mnitié supérieure est entièrement graisseuse, en haut la substance conti-

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
			couche - ment 18 jours a- vant le décès. — anasarq.	dans les ventricules. — Cerveau pèse 1118 gr.	tées. — muscle pâle, mou. — Mitrale épais- sie, athéromateuse à la base.	cale paraît seule at- teinte, le reste est fort injecté. — Rate diffluente. — Utérus de la grosseur du poing sans métrite.
16	F. 60 ans.	10 mois	*Manie.* Chagrins et excès al- cooliques folie an- cienne, cataracte à gauche. Mort par apoplexie rapide (2 heures).	Réplétion sanguine des sinus, état poisseux et épaississement des mé- ninges très-congestion- nées. — Suffusion san- guine. — Artères athé- romateuses. — Atrophie du nerf optique à gau- che. — Ventricules pleins de cailliots. — Vaste foyer hémorrha- gique dans le corps opto- strié droit, 3 petits foyers dans la protubé- rance et un au niveau de la pointe du cala- mus. — Cerveau ex- sangue, induré surtout à gauche et sur la paroi des ventricules, hémis- phère gauche pesant 22 gr. de moins (en tout 1055).	Poumons congestionnés, cœur énorme (663). — Sérosité dans le péri- carde, plaque laiteuse en avant. Parois ventr. gauche ont une épais- seur de 4 à 5 cent. — Athérome des sigm. aort. de la mitrale, de la crosse, cavités droites dilatées, orifices sains.	Foie sélércux, criant sous le scalpel, rougeâtre. — Reins contractés, subs- tance confondue en une masse jaunâtre uni- forme, pointillée de rouge, à droite petits kystes superficiels. — Kyste de l'ovaire gauche de la grosseur d'un œuf de poule.
17	F. 31 ans.	15 mois	*Stupidité.* Affaiblisse - ment gé- néral. — Morte par péritoni- te suite de perfo- ration intestinale.	Epaississement et opales- cence des membranes qui sont injectées. — Sérosité sous-arachnoï- dienne et dans les ven- tricules. — Œdème cé- rébral (poids 1032).	Adhérences pleurales des deux côtés, quelques tubercules. — Sérosité dans le péricarde. — Cœur gras, muscle très- pâle dans les parois ventriculaires et sur- tout à la pointe, stries jaunâtres. — Mitrale épaissie.	Péritonite, perforation du cœcum, ulcérations in- testinales. — Foie ver- dâtre à la périphérie, petit, noyaux grais- seux. — Reins très- pâles et offrant un pre- mier degré de stéatose.
18	H. 61 ans.	11 mois	*Manie chronique* Pneumonie	Réplétion des sinus, é- paississement, opales- cence des membranes, qui sont infiltrées. — Circonvolutions affais- sées, atrophiées, légère congestion encéphali- que (989).	Hépatisation grise à droite, pneumonie moins avan- cée à gauche, cœur mou, flasque, friable, jaunâtre ; mitrale é- paissie, athéromateuse, athérome de la crosse.	Foie mou, pâle. — Reins volumineux, parsemés extérieurement de pe- tits kystes miliaires, très-injectés; à la coupe tissu parsemé de stries jaunes.
19	F. 75 ans.	1 mois	*Démence sénile.* Arc sénile, ulcère de la cornée, diarrhée, affaiblis-	Adhérence de la dure-mère au frontal épaississe ment et injection des membranes, sérosité ath- érome. — Kyste céré- bral à gauche et en arrière dans la subs- tance blanche qui est	Congestion pulmonaire cœur pâle, friable athé- rome de l'aorte, re- sigmoïdes aortiques et de la mitrale.	Foie scléreux. — Reins pe- tits, mamelonnés, atro- phiés, durs à la coupe fort injectés, quelques traînées jaunes et quel ques kystes superficiels (au microscope grand développement de tissu

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
			sement progressif, mort.	dure et injectée (1126 gr.).		conjonctif interstitiel avec atrophie des tubes et dégénérescence partielle), ulcérations du gros intestin.
20	F. 61 ans.	23 ans	*Lypémanie primitive, démence.* Congestion pulmonaire. Urines examinées souvent ne contenant ni sucre, ni albumine.	Épaississement, opalescence et hydropisie des membranes, circonv. petites, espacées, dures, ayant quelquefois l'aspect fibreux.— Cerveau très anémié et atrophié (784). — kystes dans le corps strié droit qui est très-atrophié.	Poumons noirâtres. — cœur mou, flasque, jaunâtre; athérome aortique, de la mitrale et des sigmoïdes.	Foie gras. — Reins : fibreuse épaisse et adhéreute, 3 petits kystes superficiels à droite, aspect graisseux. Cette altération est constatée au microscope dans le cœur, le foie, les reins et divers muscles tels que le psoas, le biceps et le soléaire.
21	F. 45 ans.	1 mois	*Manie chronique* Dyssenlerie	Thrombose des sinus. — membranes épaissies, injectées. — Substance cérébrale très-ferme et même indurée en arrière, décolorée.— Sérosité dans les ventricules. — Cerveau pèse (1039).	Poumon droit scléreux et adhérent; pas de tubercules. —Cœur jaune dégénéré; friable. — Valvules sigmoïdes, aorte et mitrale athéromateuses.	Foie gras, rate scléreuse. —Reins blancs, inégaux en poids (dr. 110. leg. 132) Altération plus marquée à droite.
22	H. 40 ans.	25 jours	*Stupidité.* Mort par phthisie pulmon.	Léger épaississement des membranes injectées et hydrémiées. — Cerveau mou. — Sérosité dans les ventricules. — Cerveau pèse 1015 gr. l'hém. droit pèse 27 gr. de plus que le gauche.	Tuberculisation pulmonaire généralisée. — Hypertrophie du cœur gauche (306 gr.) muscle gras, jaune.—Athérome de la mitrale.	Foie congestionné en partie scléreux. — Reins de couleur vineuse, inégaux (g. 171 dr. 146).— Ex. microsc. légère prolifération conjonctive interstitielle et quelques granulations des cellules des tubes.
23	F. 81 ans	»	*Démence sénile*	Tumeur de la dure mère athérome artériel. — Cerveau pèse 1020. — L'hémisphère droit pèse 15 gr. de plus que le gauche.	Cœur : athérome des valvules et de l'aorte. — pleuro-pneumonie chronique.	Foie hypertrophié et gras 6 lombrics dans les conduits hépatiques. — Reins petits, contractés. — Rate diffuente.
24	F. 45 ans.	»	*Démence.*	L'autopsie de la tête n'a pas été faite.	Adhérences pleurales anciennes, sclérose pulmonaire. — Sérosité dans le péricarde; cœur gras, mou, friable, pas d'altérations valvulaires.	Foie et reins gras.
25	H. 31 ans.	1 mois	*Lypémanie.* Mort par hernie étranglée.	L'autopsie de la tête n'a pu être faite.	Hypertrophie du cœur gauche, muscle strié de jaune, mitrale épaissie et en quelques points calcaire.	Foie noirâtre. — Reins indurés, en voie de dégénérescence graisseuse. — Hernie étranglée et péritonite.

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
26	H. 38 ans.	10 mois 3 fois.	*Manie alcoolique.* Mort par suite de phénom. paralytiques progressifs.	Adhérences de la dure mère à la voûte. — Pachy-méningite de la base, opalescence des enveloppes, lobe droit petit, jaune et ratatiné en avant, pesant 25 gr. de moins que le gauche (1120). — Ramollissement de la moelle lombaire.	Adhérences pleurales anciennes; péricarde couvert de granulations rouges, sans épanchement; cœur gras et pâle, dégénéré en quelques points.	Foie muscade. — Reins gras.
27	H.	»	*Démence sénile.*	Epaississement et opalescence des membranes et légères adhérences au cerveau. — Kystes des plexus choroïdes. — Hémorrhagie de la protubérance (1030).	Poumons congestionnés. — Cœur gauche hypertrophié. — Mitrale épaissie.	Foie et reins graisseux.
28	H. 27 ans.	4 ans.	*Lypémanie.* Mort par syncope.	Pâleur des membranes, sérosité dans l'arachnoïde, hydropisie et mollesse céphalique (1260).	Péricarde plein de sérosité. — Cœur mou, hypertrophié à gauche. — Mitrale épaissie.	Foie et reins très-pâles.
29	F. 73 ans.	1 an.	*Démence.* Marasme. Pleurésie.	Grande quantité de sérosité dans l'arachnoïde. — Epaississement et opalescence des membranes. — Cerveau petit et anémié, sérosité dans les ventricules (815).	A droite pleurésie récente. — Hydropéricarde. — Cœur volumineux, sans altérations valvulaires. — Emphysème pulmonaire.	Foie anémié, légèrement scléreux. — Rate dure, ratatinée. — Reins anémiés.
30	F. 29 ans.	5 ans.	*Manie puerpérale.*	Epaississement et hydropisie des méninges. — Sérosité dans les ventricules. — Anévrysmes miliaires. — Athérome des artères. — Cerveau congestionné (1050).	Adhérences pleurales anciennes. — Poumons tuberculeux des deux côtés. — Cœur mou, flasque, friable, jaunâtre.	Foie scléreux. — Reins graisseux. — Entérite.
31	F 25 ans.	6 ans.	*Lypémanie.* Phtisie pulmonaire.	Méninges pâles, anémiées. — Caillots dans les sinus. — Cerveau pâle (1110). — Sérosité dans les ventricules.	Adhérences pleurales anciennes; tuberculisation pulmonaire. — Sérosité dans le péricarde. — Cœur hypertrophié, friable, jaunâtre.	Foie et reins stéatosés. — Thrombose de la fémorale et de la veine iliaque gauche.

Série II. — Observations avec lésions du cœur et du foie.

1	F. 64 ans.	6 ans.	*Démence.* Mort subite	Injection des sinus et de tout le système sanguin. — Epaississement, opalescence et hydropisie des membranes, atrophie et ratatil-	Adhérences pleurales anciennes. — Poumons congestionnés. — Cœur volumineux, plaques laiteuses. — Hypertrophie du ventricule gau-	Foie. — Capsule épaissie blanchâtre, tissu très-dur et résistant à la coupe, pâle et grisâtre, plus altéré à gauche qu'à droite. —

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
				nement du cerveau (1055).	che. — Muscle pâle.— Valvules athéromateuses.	Kyste du corps thyroïde.
2	F. 33 ans.	3 ans.	*Lypémanie.* Phl. pulm.	Léger épaississement des membranes qui sont très-injectées. — Kystes des plexus choroïdes.— Ramollissement rouge récent siégeant à droite sur une des circonvolutions postérieures. — Cerveau petit (985).	Epanchement pleural droit. — Poumons tuberculeux. — Sérosité dans le péricarde. — Cœur gras.	Foie stéatosé. — Sérorité dans le péritoine. — Ulcérations intestinales.
3	F. «	28 ans	*Démence.* Marasme et paralysie.	Os épais. — Thrombose du sinus longitudinal supérieur. — Adhérences à la dure mère en avant. — Artères athéromateuses. — Epaississement, opalescence et injection des membranes. — Adhérences aux points ramollis à droite. — Cerveau petit (1080), ratatiné. — A droite foyer de ramollissement blanc en arrière. — L'hémisphère droit pèse 70 gr. de moins que le gauche.	Adhérences pleurales anciennes. — Cœur gras, friable, pâle. — Valvules athéromateuses ainsi que l'aorte.	Foie cirrhosé.
4	F. 68 ans.	23 ans.	*Démence.* Diarrh., affaiblissement paralytique, marasme.	Injection très-grande des sinus. — Sérosité dans l'arachnoïde et les ventricules. — Méninges non épaissies injectées. — Circonvolutions ratatinées, surtout à gauche où l'hémisphère pèse 70 gr. de moins qu'à droite en tout (1010). — Cerveau induré. — Bandelettes fibreuses. — Gliome dans la corne occipitale droite. — Psammome des plexus choroïdes à gauche.	Adhérences pleurales anciennes. — Cœur. — Athérome des sigmoïdes aort. — Epaississement de la mitrale.	Foie petit, dur, ratatiné. — Deux calculs dans la vésicule. — Kyste de l'ovaire du volume de la tête, à droite.
5	F 30 ans.	3 ans.	*Paralysie générale.*	Néo-membranes de l'arachnoïde. — Membranes injectées, épaissies, adhérentes au cerveau. — Surfaces ramollies, congestion et atrophie de l'organe (890). —	Pleurésie récente.—Cœur très-mou.	Foie gras.

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES	ALTÉRATIONS THORACIQUES	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
				A gauche hémorrhagie du corps opto-strié.		
6	F. »	1 an.	*Paralysie générale.*	Méningo-encéphalite chronique. — Atrophie et inégalité des hémisphères (1010).	Adhéreoces pleurales anciennes. — Poumons tuberculeux. — Cœur très-mou.	Atrophie et ramollissement du foie. — Ulcérations intestinales.
7	H. 63 ans.	13 jour.	*Manie chronique*	Epaississement des enveloppes.— Cerveau pèse 1130 gr. — L'un des deux hémisphères pèse 10 gr. de plus que l'autre. — Athéromes artériels. — Atrophie et plaques jaunes en avant.	Dilatation du cœur et de l'aorte.	Foie scléreux. — Injection et ulcérations intestinales.

Série III. — Observations avec altérations du cœur et des reins.

1	F. 56 ans.	2 mois	*Démence.* Mort par apoplexie.	Congestion des sinus. — Néo-membranes à la base du crâne.— Athérome des artères. — Epaississement des méninges.— Hémorrhagie dans le corps opto-strié droit. — Trois petits foyers dans la protubérance.—Cerveau (1040 gr.), le lobe droit pèse 5 gr. de plus.	Adhérences pleurales anciennes. — Cœur surchargé de graisse. — Valvules athéromateuses.	Rein droit petit, ratatioé, d'un volume moitié moindre que le gauche.
2	H. 62 ans.	4 mois	*Démence.* Mort par suite d'excessive agitation maniaque	Injection de la dure mère. — Néo-membrane à la face interne, quelques légères hémorrhagies dans ces néoplasmes. — Athérome artériel, épaississement, injection des enveloppes. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne.— Injection cérébrale. — Cerveau (1390).	Adhérences pleurales anciennes. — Cœur petit. — Plaque laiteuse à droite. — Ossification des coronaires. — Hypertrophie du ventricule gauche. — Athérome des valvules.	Foie, rate sans altérations appréciables. — Reins très-injectés, gros kystes, dont un est multiloculaire.

Série IV. — Observations aveo altérations du foie et des reins ou d'un de ces organes seul.

1	H. 27 ans.	15 ans.	*Idiotie.* Ne donnant aucun signe de souffrance physique. Mort presque subite.	Plaques laiteuses et épaississement partiel des méninges. — Congestion encéphalique générale.	Pleurésie purulente à gauche. — Quelques points de gangrène pulmonaire.	Foie. — Quelques points stéatosés.

Numéros	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS. ABDOMINALES.
2	F. 60 ans.	6 ans.	*Manie.* Cachexie cancéreuse, squirrhe du sein droit	Epaississement, opalescence des méninges. — Cerveau pâle. — Circonvolutions petites, flétries. — Sérosité dens les ventricules (1060).	Pleurésie sèche des deux côtés. — Plaque laiteuse du cœur. — Organe sain, mais surchargé de graisse.	Sérosité dans le péritoine, quelques granulations et adhérences. — Foie ratatiné présentant un premier degré de cirrhose.
3	H. 28 ans.	3 ans.	*Manie et épilepsie.* Mort par suite de dyssenterie.	Sinus gorgés de sang. — Epaississement, opalescence et injection des membranes. — Cerveau très-volumineux (1332 gr. — l'encéphale, 1545).	Poumons — Pneumonie chronique à droite en quelques points. — Cœur normal.	Foie et reins légèrement stéatosés. — Tuméfaction des ganglions. — Ulcérations du gros intestin.
4	H. 48 ans.	1 mois	*Paralysie générale.* Alcoolique. Mort subite.	Grande injection des sinus. — Injection, épaississement et adhérences des membranes. — Injection encéphalique générale. — Cerveau (1140).	Cœur surchargé de graisse et dilaté.	Foie légèrement cirrhotique.
5	H. 20 ans.	3 ans.	*Epileptique.* Mort dans un accès.	Cerveau volumineux et très-congestionné, (1675 gr.).	Adhérences pleurales anciennes, poumon congestionné, cœur normal.	Foie gras. — rate diffluente. — Signe d'entérito.
6	F. 50 ans.	»	*Imbécile.* Morte par suite de son affection hépatique.	Atrophie cérébrale et injection (750 gr.)	Cœur normal.	Cirrhose du foie très-avancée. — péritonite
7	F. 15 ans	»	*Imbécillité*	Thrombose du sinus latéral gauche. — Pachyméningite. — Injection superficielle des enveloppes. — Hydropisie et anémie cérébrale. — Cerveau (1020).	Adhérences pleurales anciennes ; tuberculisation des deux poumons. — Cœur petit.	Péritonite tuberculeuse. — Foie et reins gras.
8	F.	»	*Paralysie générale.*	Épaississement, opalescence des membranes, sérosité sous-arachnoïdienne, edhérences anciennes des méninges au cerveau en avant, plus récentes à la face inférieure. — Cerveau (1055).	Léger épanchement pleurai à droite. — Hépatisation rouge des deux poumons. — Cœur petit surchargé de graisse.	Reins volumineux injertés et en voie de dégénérescence graisseuse, plus marquée à gauche.
9	H. 30 ans.	8 mois	*Paralysie générale.*	Thrombose du sinus latéral droit, néo-membranes à la face interne de la dure mère. — Grande quantité de sérosité dans l'arachnoïde. — Méninges épaissie, sans adhérences.	Adhérences pleurales anciennes ; congestion pulmonaire. — Cœur normal.	Rein gauche très-atrophié, mamelonné, rouge, pesant 53 grammes seulement, tandis que le droit pèse 150 grammes.

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
				—Cerveau petit affaissé (995), de coloration jaunâtre à la périphérie.		
10	F. 25 ans.	1 an.	*Idiotie.* Pleurésie.	Sinus remplis de caillots; sérosité en très-grande quantité; quelques adhérences (1070).	Pleurésie chronique. — Cœur petit.	Rate énorme, dure, pesant 1030 grammes, de 27 centimètres de long sur 15 de large; tissu rouge clair, semblable à du poumon hépatisé. Rein droit volumineux, très-injecté; le gauche atrophié, anémié, graisseux.
			Série V. — **Divers.**			
1	F. 39 ans.	6 ans.	*Démence consécutive.* Mort par apoplexie	Injection encéphalique générale; membranes épaisses. — Sang épanché dans l'arachnoïde; caillot ayant en partie détruit le corps opto-strié droit; quelques petits foyers hémorrhagiques miliaires dans la protubérance et le lobe frontal gauche. — Cerveau petit (920); le lobe droit pèse 120 grammes de moins.	Poumons congestionnés. Cœur surchargé de graisse, sans altérations appréciables.	
2	H. 63 ans.	23 ans.	*Démence.* Mort subite.	Sinus gorgés de sang, épaississement, opalescence des membranes, athérome des divers vaisseaux; injection encéphalique; circonvolutions petites, flétries, caillot dans les ventricules; hémorrhagie considérable du corps opto-strié droit. — Cerveau pèse 1130.	Poumon congestionné; hypertrophie gauche du cœur (570); athérome de la mitrale, et des sigmoïdes de l'aorte	Rien de noté.
3	H. 38 ans.	15 ans.	*Paralysie générale.*	Épaississement, opalescence et adhérence des membranes au cerveau; injection céphalique générale. Cerveau petit (982).		
4	H. 45 ans.	1 an.	*Paralysie générale.*	Réplétion des sinus, épaississement, opalescence, injection et hydropisie des membranes viscérales qui adhèrent, atrophie et effacement	Adhérences pleurales anciennes; cœur surchargé de graisse. — Engouement pulmonaire.	

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
				des circonvolutions (1130 gr.), injection encéphalique, sérosité dans les ventricules dont la surface est granulée.		
5	H. 34 ans.	4 mois	*Paralysie générale.* Excès alcooliques.	Congestion des sinus. — Thrombose du sinus latéral droit; épaississement et opalescence des membranes qui sont injectées et adhèrent au cerveau (1150); sérosité dans les ventricules. Néo-membranes à la base du crâne.		Double invagination de l'intestin grêle. — Ulcération du gros intestin.
6	H. 39 ans.	3 ans.	*Manie et épilepsie.* Mort dans une série d'accès.	Minceur des os. — Réplétion des sinus. — Thrombose du sious latéral gauche. — Injection des enveloppes. — Sérosité dans l'arachnoïde. — Cerveau atrophié à geuche. — les 1er et 2e circonvolutions frontales étant à peu près entièrement remplacées par une plaque jaune fibreuse, les antres circonvolutions sont petites. — Co lobe pèse 20 gr. de moins que le droit. En tout (1195). — Injection céphalique générale.	Adhérences pleurales anciennes. — Cœur gras.	
7	F. 60 ans.	3 mois	*Démence.* Mort par entérite.	Opalescence des membranes — Sérosité dans les ventricules. — Cerveau petit (1183).	Poumons congestionnés; sérosité dans le péricarde, cœur graisseux. — Parois amincies, cavités dilatées.	Entéro-colite.
8	F. 60 ans.	»	*Démence.* Suite d'alcoolisme.	Adhérences de la dure mère au frontal en avant. Beaucoup de sérosité dans l'arachnoïde. — Opalescence, épaississement et hydropisie des enveloppes. — Adhérence à gauche aux parties atrophiées. Circonvolutions petites. — A gauche le lobe frontal est presque entièrement remplacé par une masse gélatineuse adhérant aux méninges. — Ce	Poumons congestionnés; cœur gras, mon, friable, jaunâtre, athéromateux.	

Numéros.	Sexe et âge.	Durée du séjour.	NATURE DE LA MALADIE.	ALTÉRATIONS CÉPHALIQUES.	ALTÉRATIONS THORACIQUES.	ALTÉRATIONS ABDOMINALES.
				lobe pèse 208 gr. de moins que l'autre. En tout 1275. Anémie cérébrale.		
9	H. 30 ans.	3 mois	*Manie.* Mort subite au début d'une affection indéterminée légèrement fébrile ; calme depuis quelques j.	Cerveau 1080. Rien autre de noté.	Congestion pulmonaire, cœur hypertrophié à droite.	Rupture de l'aorte au niveau de l'artère mésentérique inférieure. Le vaisseau a ses parois rouges, friables, il existe à ce niveau une fente longitudinale de 1/2 centimètre.
10	H. 29 ans.	16 mois	*Epilepsie* Décédé dans une série d'accès.	Injection céphalique générale. — Néo-membrane de l'arachnoïde. — Injection des membranes qui adhèrent en quelques points. — Encéphalite superficielle. Cervean (1110).	Adhérences pleurales anciennes. — Congestion pulmonaire.	
11	F. 32 ans.	4 ans 1/2	*Faiblesse d'esprit. man. int.* Phthisie.	Cerveau petit et congestionné (893).	Poumons farcis de tubercules, sérosité dans le péricarde.	Foie gras, reins très-hyperémiés, quelques ulcérations intestinales.

Société médico-psychologique.

Séance du 31 janvier 1876. — Présidence de M. Blanche.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. Masoin, professeur à l'université de Louvain, remercie la Société d'avoir bien voulu lui conférer le titre de membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un mémoire de M. Voisin, publié dans les archives générales de médecine, consacré aux *troubles de la parole dans la paralysie générale* ;

2° Un article de M. Falret, sur la *responsabilité légale des aliénés*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*;

3° Le *bulletin du manicôme privé de* M. *Fleurent*, à Capodichino, Naples;

4° L'*art dentaire*;

5° La *tribune médicale*.

Installation du bureau. — *Correspondance.*

M. Blanche, avant de remettre la présidence à M. Dumesnil, remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à diriger ses travaux pendant l'année 1875; il exprime à tous les membres sa vive reconnaissance pour les facilités qu'il a trouvées auprès d'eux dans l'exercice de ses fonctions; aussi conservera-t-il comme un souvenir bien doux de sa carrière le témoignage d'estime si précieux qu'il a reçu de ses confrères; il est heureux de transmettre la présidence à M. Dumesnil, ce collègue si justement apprécié et si sympathique à tous.

M. Dumesnil : Messieurs et chers collègues, au moment d'occuper effectivement le poste où vous m'avez appelé, je ne saurais trop vous remercier de nouveau.

En cette circonstance, vous avez beaucoup moins consulté

l'avantage de notre Société que le désir de me faire un grand honneur.

Je ne puis, en effet, être un président bien assidu, et, d'un autre côté, l'activité si connue de mon honorable prédécesseur ne devait guère me permettre d'acquérir une certaine expérience.

Aussi, une grande bonne volonté, une attention soutenue aux intérêts de notre compagnie, voilà seulement ce que je puis mettre à sa disposition, c'est vous dire que j'aurai besoin de votre sympathique bienveillance.

Je serai,assurément, l'interprète de chacun des membres de la Société médico-psychologique, en priant M. le secrétaire d'insérer au procès-verbal de cette séance, nos sincères remercîments pour M. le Dr Blanche, qui, depuis un an, a dirigé nos travaux avec autant de courtoisie que de sûreté et de savoir.

M. le Président annonce la mort de M. Bulard, et se fait l'interprète de tous les regrets que cette perte doit exciter parmi ceux qui l'ont connu et qui ont pu l'apprécier.

Mme Aubanel,informée que la Société avait décidé que l'éloge d'Aubanel serait prononcé par M. le secrétaire général dans la Séance annuelle, a chargé M. Legrand du Saulle de vouloir bien exprimer aux membres de la Société sa vive reconnaissance pour l'hommage rendu à une mémoire qui lui est chère à tant de titres.

M. E. Ritti, ancien interne de l'asile de Fains, et de la maison de santé d'Ivry, adresse une demande ayant pour but d'obtenir le titre de membre titulaire; il envoie à l'appui de sa candidature la liste de ses travaux : une commission composée de M. Baillarger, Lunier et Lucas, est chargée de faire un rapport.

Prix Esquirol.

Un seul mémoire a été envoyé cette année pour le prix Esquirol. L'examen en est confié à une commission composée de MM. Baillarger, Blanche, Lunier, Mitivié et Bouchereau.

De la construction et de l'agrandissement des asiles.

M. Falret a été chargé d'une mission, près de la Société, par M. Roller, membre associé, et directeur de l'établissement d'Illenau, dans le grand-duché de Bade. Cet honorable collègue a rédigé un mémoire adressé aux Chambres de son pays, ayant pour but d'obtenir la construction d'un nouvel

asile. Créateur du premier asile ouvert en 1834, M. Roller rencontre à la fin de sa carrière les mêmes difficultés qui avaient surgi à ses débuts; au lieu d'une fondation nouvelle jugée nécessaire, on lui oppose le projet de transformer les anciens bâtiments existants, et d'y joindre des annexes.

La population des asiles est devenue exubérante, l'encombrement de jour en jour plus fâcheux : pour y remédier, on s'est borné jusqu'ici à des modifications légères; on a occupé l'ancien établissement affecté aux chroniques, aux épileptiques, aux déments, et l'on a cherché pour ces derniers une résidence nouvelle, à l'aide d'une entente avec les hospices d'incurables. Le gouvernement ne conteste pas la nécessité d'un asile nouveau, mais les Chambres hésitent, et M. Roller estime que l'opinion de la Société serait de nature à influencer la décision qui sera prise et lui serait d'un puissant appui pour la réalisation du but qu'il poursuit.

La Société consultée, et après un échange d'idées émises par ses membres, proclame que la création d'un asile nouveau lui semble bien préférable à l'appropriation de l'asile ancien, au point de vue de l'intérêt des malades et des facilités du service.

Quant à la seconde question, posée par M. Roller, relative à l'utilité d'ouvrir un petit asile clinique à proximité de la faculté de médecine existante, la Société se réserve de formuler sa manière de voir, après l'examen des faits soumis à une commission, composée de MM. Blanche, Falret et Lunier.

M. Roller a cherché à atténuer les difficultés que les élèves rencontrent pour l'étude des maladies mentales, en ouvrant les asiles à un certain nombre d'entre eux, qui y résident avec des titres différents et des fonctions déterminées.

Des anomalies physiques associées aux désordres de l'intelligence.

M. Falret désire appeler l'attention sur une catégorie de faits, qui semblent n'avoir pas été suffisamment étudiés. Le médecin a parfois de la peine à faire admettre l'irresponsabilité devant la loi de certains individus, dépourvus de leur raison, parce que le trouble intellectuel qui existe chez ces individus, ne paraît assez évident aux magistrats et aux jurés chargés de statuer sur leur sort; quand on arrive à montrer l'existence d'anomalies physiques associées au désordre mental

chez la même personne, le problème est beaucoup plus facile et la conviction plus prompte à obtenir. Il est des aliénés héréditaires, des faibles d'esprit, qui présentent des malconformations de certains organes ou de plusieurs appareils, en même temps qu'un état mental défectueux.

Les êtres prédisposés à la folie sont sujets à des tics, à des mouvements nerveux, ils ont du bégaiement, des paralysies partielles; leur caractère est bizarre; leurs tendances perverses, leurs facultés intellectuelles inégales, mal équilibrées, très-développées dans certaines directions, et tout à fait inférieures dans d'autres; leur existence sans cesse exposée par des maladies, qui les frappent à l'improviste et abattent leurs forces leur développement toujours insuffisant.

Dans le chemin de leur vie, il se produit une sorte de bifurcation : les uns deviennent des êtres abaissés; ils perdent l'activité de leurs facultés précoces, ils se montrent alors des faibles d'esprit à divers degrés, des individus au-dessous de la moyenne de l'intelligence normale; les autres suivent une autre voie, moins connue, qui rattache étroitement, par l'origine connue, par la symptomatologie, les folies raisonnantes aux débilités intellectuelles, à l'idée partielle et à l'imbécillité.

Pour bien connaître ces différentes formes morbides, il est nécessaire de soumettre à une étude parallèle l'état physique et l'état mental de ces deux classes d'aliénés.

La séance est levée à 6 h.

Séance du 28 février 1876. — Présidence de M. Dumesnil.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend :

La *tribune médicale*; *l'art dentaire*; un exemplaire du rapport de M. Félix Voisin à l'Assemblée nationale sur le *projet de loi relatif à l'éducation et au patronage des jeunes détenus.*

Rapport de candidature.

M. Dumesnil au nom d'une commission composée de M. Constans, Falret, Dumesnil, lit un rapport sur la candidature de M. Lailler, pharmacien à l'asile de Quatre-Mares, Seine-Inférieure.

Messieurs,

M. Lailler, pharmacien résidant de l'asile de Quatre-Mares depuis quinze ans environ, sollicite l'honneur de faire partie de la Société médico-psychologique en qualité de membre correspondant. Il vous a adressé, à l'appui de sa candidature, un mémoire fort étendu ayant pour titre : « Recherches sur l'urine dans les différentes formes de l'aliénation mentale. »

Ce travail, qui a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Constans, Falret et Dumesnil rapporteur, est entre mes mains depuis près de quatre mois, et je suis aux regrets de n'avoir pu m'acquitter plus tôt d'une mission qui m'a été confiée, principalement à cause de la longue collaboration que j'ai eue avec l'auteur, de la grande estime que j'ai toujours exprimée pour sa personne et des sentiments d'affection qui, on le sait, nous unissaient lorsque le service d'aliénés de l'asile des hommes de la Seine-Inférieure m'était confié, affection que l'éloignement n'a pas diminuée.

M. Lailler, chimiste distingué, passionné pour l'étude, excellent observateur, assistant tous les jours à la visite médicale, devait forcément s'intéresser vivement à la clinique des affections mentales et diriger de ce côté une partie des recherches qui l'occupent constamment. C'est ainsi qu'il a déjà présenté à notre Société un mémoire sur la glycosurie chez les aliénés, mémoire qui a été inséré dans nos *Annales*; un article fort remarquable sur l'emploi et la préparation de l'aconit, un autre sur l'association de l'opium et de la digitale dans les périodes d'excitation de la folie y ont également trouvé place.

Le *Répertoire de pharmacie*, Tome XXII, a publié de lui un article sur la préparation des potions au musc et sur leur emploi thérapeutique, notamment dans certaines formes de délire aigu, article que plusieurs journaux de médecine ont reproduit.

Un autre article a été inséré dans la *France médicale*, année 1866, sur : « l'emploi et la préparation du café au séné, particulièrement destiné aux aliénés.

Nous énumérerons brièvement, plus loin, quelques-uns des autres travaux de M. Lailler, ne voulant parler en ce moment que de ceux qui se rapportent plus spécialement à l'aliénation mentale, ce qui nous amène à donner un exposé du mémoire que nous venons de mentionner plus haut. Je dis un exposé, car nous n'avons pas la prétention de faire l'analyse d'un

ouvrage de plus de soixante pages où les expériences chimiques jouent un rôle prépondérant et qui est du reste parfaitement résumé par l'auteur dans des conclusions que nous donnerons plus loin.

L'urine, examinée dans ses rapports avec la pathologie des affections mentales, n'a pas été l'objet, jusqu'ici, d'un ensemble de recherches et d'un travail complet, quoique plusieurs mémoires sur cette question aient été publiés dans les journaux français et étrangers. Quelques analyses partielles de ce liquide excrémentitiel ont été données pour certaines formes de l'aliénation mentale; c'est ainsi que dans un des derniers rapports de l'asile de West-Riding, le Dr Merson s'occupe de l'urinologie au point de vue de la paralysie générale, sujet déjà abordé par Sutherland, Beale et Adam Adisson; c'est ainsi que M. Lailler lui-même a étudié la glycosurie chez les insensés. Mais le médecin aliéniste qui désirerait se renseigner sur les modifications apportées dans la composition de l'urine par telle ou telle forme de la folie, ou qui voudrait constater lui-même ces modifications par des essais faciles, prompts et suffisamment significatifs, ne peut trouver rapidement, au moment opportun, les indications qui lui sont nécessaires. Or, si l'examen de l'aliéné, au point de vue somatique, est hérissé de difficultés, si les divers signes pathognomoniques sont souvent masqués, parfois même absents, si ces malades renseignent mal sur les accidents qu'ils éprouvent ou les traduisent faussement ; si parfois même ils n'accusent aucune souffrance, c'est bien dans ce cas que l'on peut reconnaître l'utilité de certaines investigations et que l'on doit adhérer à cette proposition du Dr Bergeret. « Des quantités anormales des principes immédiats de l'urine, le médecin peut facilement remonter aux troubles fonctionnels, aux systèmes organiques lésés et voir clairement ce que produit l'augmentation ou la diminution des principes trophiques ou excrémentitiels de ces systèmes. Il en déduira alors facilement les indications nosologiques, pathologiques et thérapeutiques. »

Guidé par ces considérations, M. Lailler poursuit depuis quelques années un ensemble de recherches qui combleront, il faut l'espérer, les lacunes que nous venons de signaler, mais la publication de ses études se trouve retardée, dit-il, pour deux raisons : la première, c'est que l'étude de l'urine sous le rapport pathologique, se lie à des problèmes de physiologie qui ne lui paraissent pas encore résolus, mais sur lesquels les

investigations physiologiques et chimiques de la science moderne doivent, selon lui, jeter inévitablement un grand jour ; la seconde raison, c'est qu'il n'a pu examiner jusqu'à présent que la sécrétion rénale des aliénés du sexe masculin. Prochainement le transfèrement des femmes de l'asile St-Yon dans le magnifique asile édifié à Quatre-Mares, lui permettra de compléter son œuvre.

En attendant, on peut dire que l'auteur a écrit une monographie à peu près complète sur l'analyse des urines, en ce qui concerne les aliénés du sexe masculin.

Avant d'aborder son sujet il se pose deux questions :

A la première : « L'urine d'un aliéné diffère-t-elle de celle d'un homme sain d'esprit et de corps ? » il répond *oui*, pour certains cas ; *non*, pour les autres ;

A la seconde : « Peut-on rattacher à telle ou telle forme de l'aliénation les modifications constatées dans l'urine, l'existence des principes morbides que l'on y rencontre ? » il répond qu'il ne croit pas que l'on puisse l'assurer.

Parmi les diverses classifications proposées pour grouper les différentes formes de l'aliénation mentale, M. Lailler a adopté celle qui lui a paru la moins compliquée, ce qui suffit, selon nous, pour les études qu'il a entreprises.

Il a donc étudié les urines dans la manie, la lypémanie, la démence, la paralysie générale, l'épilepsie, l'idiotie et l'imbécillité, mais il a eu soin, de plus, d'étendre ses investigations aux diverses phases et aux divers phénomènes que peuvent présenter quelques-unes de ces formes.

Dans un premier chapitre il rappelle brièvement quelle est la composition chimique de l'urine normale, la densité, la quantité excrétée en 24 heures. Il reproduit la table de Bouchardat pour l'appréciation de la densité selon la température du liquide ; celle de Becquerel, qui met en regard de la densité le poids des matières constituant l'urine auquel elle correspond ; il rappelle les résultats du Dr Bence Jones, qui a trouvé es résidus obtenus par évaporation toujours un peu inférieurs à ceux qui figurent au tableau de Becquerel ; il donne ensuite les résultats de ses essais personnels. Ainsi, pour la quantité moyenne de matières fixes contenues dans l'excrétion de 24 heures, il a trouvé 48 grammes 437 milligrammes au lieu de 50 grammes admis généralement, différence d'ailleurs peu marquée ; et comme Bence Jones, il a constaté que le poids

du résidu de l'évaporation n'est pas, pour un même degré densimétrique, toujours identique, mais qu'il varie selon la nature et les proportions des matières fixes.

Dans ses cahiers d'observations, l'auteur a consigné la densité de l'urine en tenant compte de l'âge du malade, de la date de son entrée à l'asile, de son état physique et mental, de son alimentation; il a, pour les cas aigus surtout, examiné l'urine pendant les différentes phases de la maladie. Cet ensemble constitue de nombreux tableaux qui n'ont pu trouver place dans le mémoire que nous avons sous les yeux et forment deux groupes distincts. Dans l'un, figurent les degrés densimétriques de l'urine constatés dans les différentes formes d'aliénation, sans avoir égard à la quantité du liquide excrémentitiel éliminée dans les 24 heures; l'autre comprend les degrés densimétriques de l'urine en ayant égard à la quantité excrétée dans ce laps de temps.

C'est le résultat de ces nombreuses expériences et les conséquences de plus d'un ordre qui en découlent que M. Lailler a condensés dans la seconde partie de son mémoire.

Dans le délire aigu qu'il rapproche de la manie aiguë sans le confondre avec elle, M. Lailler a trouvé que la densité de l'urine était considérablement augmentée; tant que l'état du malade ne s'améliore pas, elle n'est pas inférieure à 1,030 et peut aller même jusqu'à 1,037, indication d'une désassimilation considérable qui a lieu également par les sueurs. L'exhalation pulmonaire contribue aussi à l'épuisement par une dépense de carbone prodigieusement élevée, pertes énormes que ne peut compenser la petite quantité d'aliments absorbés alors même que des aliments sont reçus. L'épuisement, dans ce cas, est tellement rapide qu'il arrive, comme l'a fait remarquer le Dr Brierre de Boismont, que les personnes qui ont passé trois ou quatre jours sans voir le malade ont grand' peine à le reconnaître.

A part les cas de *delirium tremens*, le degré densimétrique de l'urine est beaucoup moins élevé dans la manie aiguë proprement dite.

Dans la simple excitation maniaque, la densité moyenne a été trouvée de 1,016, degré un peu au-dessous de la moyenne normale; mais chez les individus dans cette situation, la sécrétion urinaire est fort augmentée, elle peut être évaluée à 1 kil. 900 grammes. Les matières fixes sont de 50 grammes 16, proportion physiologique.

Dans la lypémanie, à l'état récent, la densité a été trouvée à 1,027 et les produits solides rejetés par les urines en vingt-quatre heures ont été de quarante-cinq grammes; mais comme ces malades ne réparent pas leurs pertes par une alimentation suffisante, cette quantité est relativement considérable ; il y a excès dans la dépense, suivant l'expression de M. Lailler. Il prétend même que c'est au moment où les lypémaniaques se nourrissent le plus mal que la densité de leur urine augmente, et que la diminution plus ou moins accentuée des autres sécrétions n'est pour rien dans cette élimination de produits solides par les voies urinaires.

Chez les lypémaniaques excités, la densité de l'urine est également élevée.

Dans la lypémanie avec dépression il y a diminution de densité et diminution considérable surtout des substances solides.

Enfin chez les lypémaniaques que leurs conceptions délirantes, leurs hallucinations n'empêchent pas d'aller, de venir, de travailler, il y a à peine un faible écart avec les urines normales pour les deux rapports en question.

Dans la démence simple, il n'y a rien de particulier à noter, si l'on tient compte toutefois de l'âge et du tempérament des malades.

Quel que soit le début de la paralysie générale, excitation ou dépression, la densité de l'urine est plus ou moins élevée. Dans la troisième période, elle oscille entre 1,020 et 1,030 ; elle peut aller jusqu'à 1,040, quand l'épuisement survient avec une rapidité excessive, sorte de fonte paralytique pour nous servir de l'expression de notre collègue M. le Dr A. Foville. Même état des urines pendant les crises épileptiformes, c'est-à-dire forte densité. Toutefois cette densité s'abaisse, ce qui était prévu, quand les crises s'éloignent.

En ce qui concerne les épileptiques, leurs urines seraient normales dans l'intervalle des attaques ; celles rendues après sont fort peu denses, comme l'avait trouvé Rayer, 1,003 à 1,005.

Dans l'agitation épileptique, la densité augmente ; une fois M. Lailler a constaté une densité de 1,034. Il a pu recueillir exactement l'urine de deux épileptiques en état de crises, mais sans excitation, et il a trouvé que la quantité du liquide sécrété l'emportait sur la quantité physiologique ; il pense qu'il doit en être toujours ainsi.

Dans l'idiotie, la densité de l'urine serait inférieure à la moyenne normale. Dans l'imbécillité, du moins dans l'intervalle des accidents maniaques, il n'y aurait de ce côté rien de particulier à noter.

M. Lailler étudie ensuite les urines des aliénés au point de vue de leur coloration, de leur état d'acidité ou d'alcalinité; puis sous le rapport des principes normaux qu'elles peuvent contenir en plus ou moins grande quantité : uréc, acide urique, urates, acide phosphorique, phosphates terreux. Enfin il les examine par rapport aux principes qu'elles ne renferment pas dans l'état de santé : carbonate d'ammoniaque, albumine, sucre, etc.

Cette partie du mémoire offre le plus grand intérêt et fait comprendre quelle somme de labeur, de temps et de recherches il a fallu à l'auteur pour arriver aux déductions précises qui résument tout son travail. Malheureusement il n'est pas possible d'analyser ce côté plus spécialement chimique de l'œuvre, et ce que nous venons d'essayer de faire, rien que pour la densité et la somme, prise en masse, des matériaux de l'urine dans les différentes formes et les diverses phases de la folie, nous prouve qu'il est certains travaux qu'il est impossible d'abréger. Disons pourtant que M. Lailler discute les recherches qui ont été entreprises antérieurement sur ce sujet, les compare aux siennes, expose en quoi son opinion concorde avec les données déjà émises ou s'en éloigne, et qu'à chaque instant il émet des aperçus nouveaux qui font autant d'honneur à ses connaissances variées qu'à son esprit critique et à sa sagacité scientifique. Ce travail, en un mot, nous semble mériter d'être publié *in extenso* et justifie à notre avis cette proposition qui en est la conclusion : « La constatation des modifications morbides de l'urine des aliénés peut être d'une utilité incontestable au point de vue de la thérapeutique et de l'hygiène, elle est en outre un élément de diagnostic pour certaines affections intercurrentes »

Les conclusions de M. Lailler peuvent se résumer ainsi :

L'augmentation dans la somme des produits éliminés par les urines s'observe généralement dans le délire aigu, la manie, la lypémanie à l'état aigu, les premiers temps de la stupeur, l'excitation lypémaniaque et dans la période avancée de la paralysie générale ;

Il y a au contraire abaissement au-dessous de la moyenne

dans les cas de dépression simple, ceux où l'inertie et l'atonie dominent ;

Presque toujours cette élévation ou cet abaissement portent non sur quelques-uns, mais sur la totalité des produits solides éliminés ;

Les principes morbides que l'on rencontre dans l'urine des aliénés sont : le carbonate d'ammoniaque, très-rarement l'albumine, plus souvent le sucre.

Le carbonate d'ammoniaque se rencontre parfois dans l'urine récente pendant la lypémanie avec stupeur et quelquefois, mais plus rarement, durant les périodes d'acuité et la période avancée de la paralysie générale.

A part les accès aigus de manie épileptique, pendant lesquels il est possible de constater de l'albumine dans l'urine, ce principe ne se voit que chez les aliénés atteints d'affections albuminuriques intercurrentes.

La glucosurie passagère, au contraire, n'est pas très-rare dans les circonstances où l'aliéné subit les effets d'une perturbation profonde dans les fonctions de nutrition. Quant au diabète, il est aussi fréquent chez les aliénés que chez les personnes saines d'esprit, mais chez les premiers il passe souvent inaperçu par le fait de leur état mental pathologique.

L'urine est souvent muqueuse chez les aliénés qui par suite d'idées délirantes retiennent leurs urines; elle l'est également fort souvent dans la période avancée de la paralysie générale.

Dans les intervalles de calme et de lucidité relative de la folie chronique, ou même lorsque le dérangement intellectuel n'apporte pas de trouble dans les fonctions de la nutrition, les urines ne présentent pas de caractères pathologiques.

Nous nous arrêtons ici, Messieurs, et notre but sera atteint si nous avons réussi à vous démontrer l'importance réelle d'un travail qui vous était destiné et qui a nécessité tant de consciencieux et de persévérants efforts.

Il nous reste à dire un mot des titres scientifiques de M. Lailler, autres que ceux dont nous avons déjà parlé.

Il est l'auteur d'une étude sur l'alcoolature d'aconit (*Répertoire de pharmacie*, Tome XXIII);

Il a donné la formule de la préparation du cérat avec la cire végétale. (Même Recueil, tome XIX et Académie de médecine) ;

Il a indiqué un nouveau dissolvant des couleurs tirées de l'aniline. (Même recueil, tome XXII);

Il a inséré dans ce même répertoire, tome XXVII, une étude sur l'emploi d'une pommade au sulfate de cuivre contre l'ichthyose; et une autre étude sur un nouveau mode d'administration de la viande crue;

Nous ajouterons les études suivantes, publiées dans divers recueils scientifiques : — « Nouveaux faits pour servir à l'histoire de l'huile d'olive. » — « Etude sur la récolte de l'opium indigène à l'asile de Quatre-Mares. » — « Nouveau procédé appliqué à la récolte de l'opium indigène. » — « Du Mahonia étudié au point de vue industriel et agricole. » — « Etude sur la margarine au point de vue de l'hygiène alimentaire. » — « De la nécessité de l'intervention médicale pour combattre les dispositions natives à l'abus des boissons alcooliques. »

M. Lailler est lauréat (médaille d'or) de la Société de médecine et de pharmacie de Toulouse. Il a également reçu un prix de la Société libre d'Emulation de la Seine-Inférieure pour un sujet de chimie industrielle.

En 1867, l'Académie des sciences a accordé à M. Lailler une de ses récompenses (prix Barbier) pour ses études sur la récolte de l'opium.

Il nous serait facile d'ajouter à cette longue liste, Messieurs, s'il n'était surabondamment acquis que l'honorable savant qui désire si vivement devenir notre collègue, est un infatigable pionnier de la science et que celles de ses recherches qui touchent uniquement à l'aliénation mentale sont de nature à lui faire ouvrir nos rangs avec empressement.

Tel est l'avis unanime de votre commission, qu'elle vous prie de bien vouloir confirmer.

M. Lailler est élu membre correspondant.

M. Dally fait un rapport verbal sur un travail de M. Parent, intitulé *Des suppléances cérébrales*.

Des opérations chirurgicales chez les aliénés.

M. Billod communique un mémoire qui traite du droit et du devoir du médecin en présence des opérations dont le besoin peut surgir chez les aliénés pour le traitement des affections chirurgicales intercurrentes. (Voir ci-dessus p. 368.)

M. Legrand du Saulle demande quelle est la situation présente de la malade, et quel a été le résultat de l'opération.

M. Billod répond qu'il est survenu une réaction assez vive chez l'opérée; la plaie est en bonne voie de cicatrisation; l'état mental ne s'est pas modifié.

M. Blanche observe que la conduite du médecin doit varier suivant qu'il se trouve en présence d'un malade atteint d'une forme curable ou bien d'une forme incurable d'aliénation mentale. Toutes les fois qu'il y a urgence, et si le mal abandonné à lui-même doit entraîner la mort du patient dans un cas de hernie étranglée, par exemple, la règle est d'opérer.

D'après M. Lunier, la question principale consiste à savoir quel est le droit du médecin en présence d'un aliéné qui se refuse à être opéré, quand il y a nécessité. Dans le cas de placement volontaire, on doit consulter la famille ; pour les placements d'office, le médecin est le juge de la situation et décide conformément aux règles scientifiques. Si l'affection chirurgicale est antérieure au début de l'aliénation et l'opération facultative, on doit hésiter ; dans un asile public, le droit du médecin en pareil cas est absolu ; quant à son devoir, il varie selon les circonstances.

M. Voisin s'étonne que l'on ait voulu faire prévaloir l'opinion que chez les aliénés une pneumonie pouvait exister sans fièvre : en effet, si le pouls est parfois peu fréquent, en plaçant un thermomètre dans l'aisselle, on trouve une élévation de la température, ce qui caractérise la fièvre; il y a une seule exception à cette règle, c'est quand une pneumonie se présente chez un individu urémique : alors il peut y avoir un abaissement notable de la température.

M. Lunier fait observer que le sens du mot fièvre a varié. Autrefois, pour que l'on reconnût l'existence de la fièvre, il fallait qu'il y eût à la fois une élévation de la température de la peau et une accélération du pouls ; or, il est certain que chez des aliénés atteints de pneumonie, on a noté quelquefois que le pouls donnait 60 à 65 pulsations à la minute, et que la température de la peau appréciée au toucher paraissait normale.

M. Delasiauve a remarqué que dans l'engouement pulmonaire il y avait peu de fièvre.

M. Loiseau se souvient avoir traité des malades, chez lesquels le pouls était peu élevé, la peau fraîche, avec une pneumonie évidente ; entre autres, un soldat du Val-de-Grâce, atteint de fièvre typhoïde avec pneumonie double, avait 66 pulsations par minute, et le tégument cutané était frais au toucher;

en un mot, rien n'indiquait chez lui la fièvre : on n'a pas placé de thermomètre dans l'aisselle ou dans le rectum pour apprécier la température.

Suivant M. Falret les deux faits sont conciliables : chez les aliénés, les maladies aiguës peuvent suivre leur cours sans réaction fébrile notable; mais depuis la découverte de Laennec, l'auscultation permet de reconnaître les caractères physiques d'une inflammation aiguë des poumons sans fréquence du pouls et chaleur cutanée : chez quelques aliénés, les maladies internes ne suivent pas toujours la même marche que chez les personnes arrivées à la période moyenne de la vie : on sait que la pneumonie des vieillards diffère en plusieurs points de la pneumonie des adultes : il en est de même pour les aliénés.

Dr Bouchereau.

Séance du 27 mars 1876. — Présidence de M. Dumesnil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend :

1° *L'Année médicale, Journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados*, mars 1876.

2° *Bollettino del privato Manicomio Fleurent a Capodichino in Napoli*, mars 1876.

3° *L'art dentaire*, février 1876.

4° Les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mars 1876.

M. Baillarger, présente un exemplaire des Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, recueil mensuel dont il est le fondateur, et annonce sa continuation après plusieurs années d'interruption.

La Société est heureuse de voir reparaître une publication jugée si utile pour l'étude de l'aliénation mentale.

M. Obersteiner père, de Vienne, nommé associé étranger, adresse une lettre de remercîments.

M. Lallier, pharmacien à l'asile de Quatre-Mares, élu membre correspondant, transmet également ses remercîments.

Mme Ve Bulard a écrit à M. le Président une lettre, pour lui exprimer combien elle a été touchée du témoignage de sympathie qu'elle a reçu de la Société, à l'occasion de la perte douloureuse qu'elle vient de faire.

M. Motet, ayant appris que M. Brierre de Boismont se trouvait indisposé, s'est rendu auprès de lui, et il est heureux d'annoncer que l'indisposition de M. Brierre de Boismont n'a offert aucun caractère de gravité. Cette nouvelle est accueillie avec la plus grande satisfaction par tous les membres de la Société.

Du suicide chez les délinquants.

M. Motet donne lecture du rapport suivant de *M. Brierre de Boismont* sur un travail intitulé : *Le suicide chez les délinquants, étude statistique et médico-légale*, par le Dr Henri Morselli, médecin du Manicôme de Reggio.

L'observation constante des aliénés par des médecins spécialistes, résidant dans leurs établissements, a fini par démontrer que beaucoup de ces malades se rapprochaient de l'homme sain, qu'ils en avaient souvent les passions, les défauts, les vices et même les qualités, que leurs crimes paraissaient parfois raisonnés, prémédités et dénotant des précautions prises pour échapper à la punition.

Ces rapports constants des aliénés et de leurs médecins ont éveillé l'attention de ceux-ci sur l'étrangeté de certains crimes et fait naître des doutes dans leur esprit sur la nature réelle de ces délits.

En 1823 paraissait à Londres un ouvrage ayant pour titre : *Schetches in Bedlamor characteris tracts of insanity by a constant observer*. Ce livre, devenu très-rare, qu'on a attribué à Haslam, attaché à cet hospice comme pharmacien, a fourni d'importants renseignements sur ces individus, appelés dès lors en Angleterre fous criminels. Les observations que l'auteur en a données font connaître leurs caractères, leurs actes, et prouvent que, pendant longtemps, on a confondu ces malades avec les véritables criminels.

La mise hors de doute de ce fait, l'histoire de Hatfield, assassin du roi Georges III, reconnu sur la plaidoirie du chancelier Erskine, comme un de ces aliénés, et enfermé à Bedlam, nous engagea à aller en Angleterre visiter cet asile. L'examen que nous fîmes de ce grand hôpital avec sir Alexander Morrison, qui en avait la direction, nous intéressa vivement, et à notre retour en France, nous publiâmes dans les *Annales d'hygiène* (1846, 1847 et 1848) des notes sur ces malades que nous avons reproduites en partie dans le tome IX de la bibliothèque des médecins praticiens. Plus tard nous avons lu

à l'Académie de médecine un mémoire sur les fous criminels de l'Angleterre et en 1875, nous avons donné dans les *Annales médico-psychologiques* l'analyse *du crime et de la folie*, par le Dr Maudsley.

L'existence des fous parmi les délinquants des maisons de détention, si bien établie par Thompson, médecin en chef des prisons d'Écosse, excita les recherches des aliénistes, et démontra combien cette confusion regrettable était fréquente. Ainsi, dans notre seul pays, Vingtrinier, médecin en chef des prisons de Rouen, constata que, sur 262 repris de justice do sa province, qui parurent devant les magistrats, 162 déclarés aliénés par les médecins furent admis comme tels par les juges ; mais 82 condamnations furent prononcées, sans que les médecins eussent été consultés, ou même malgré leurs opinions exprimées. Sur ces 82, 1 fut exécuté, un autre mourut après l'arrêt; 19 subirent leur peine, la plupart à Bicêtre, dans le quartier des aliénés. Les 56 autres durent peu de jours après leur condamnation, être transférés à l'asile où leur folie fut constatée de nouveau. Ce résumé nous paraît sans réplique.

La démonstration incontestable de la folie chez un grand nombre de délinquants a fait naître des écrits remarquables sur ce sujet, dont la vérité a été admise même par des magistrats et surtout par plusieurs de ceux de Paris, placés sur un vaste terrain, très-propre à cette exploration.

Parmi les livres qui doivent être consultés sur cette grave et délicate matière, nous citerons le mémoire du savant docteur Solbrig, directeur de l'asile de Munich, intitulé : *Crime et folie;* l'ouvrage du docteur Maudsley, portant le même titre, mais s'appuyant de préférence sur la physiologie et la pathologie, et le *Traité de la responsabilité criminelle et de la capacité civile*, par notre ami, le professeur Krafft-Ebing, où la folie morale très-contestée par les magistrats et principalement par le jurisconsulte Ordronnaix, de New-York, a été victorieusement exposée par l'auteur.

Les quelques citations que nous venons de faire sur l'intervention de la folie dans le crime, nous ont paru devoir servir d'introduction au travail que M. le Dr Morselli, médecin du Manicôme de Reggio vous a présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger. C'est aussi, en effet, à la classe des délinquants que s'adresse ce médecin. Il les a étudiés, au point de vue de la folie et

surtout du suicide; suivant lui, ils appartiennent à un monde moral en retour tout différent du nôtre, et probablement dû à l'atavisme. Ils sont des dégénérescences physiques et morales de l'homme, dont nous devons la révélation à la psychologie et à l'anthropologie de ces derniers temps.

L'auteur, dans ses recherches, s'est surtout appuyé de la statistique. Il est impossible, dit-il, de nier l'impulsion puissante qu'elle a imprimée à la science de l'homme. Délit, folie, mortalité, augmentation de la population, suicide, se sont montrés à l'aide de cette branche des connaissances humaines, sous un jour tout à fait nouveau.

Pour son mémoire sur le suicide des délinquants, M. Morselli fait observer qu'il s'est servi de la statistique officielle du ministère de l'intérieur italien, de 1866 à 1872, parce qu'elle est complète dans ces années. En comparant le mémoire du Dr Bononi, concernant le suicide en Italie, avec le relevé ministériel, M. Morselli constate ce premier fait, que le suicide dans ce pays s'effectue avec une fréquence relative beaucoup plus grande dans les prisons qu'au dehors.

Le genre des établissements pénitenciers influe aussi sur la proportion des suicides. Ceux qui contiennent les délinquants plus récents, dont les peines sont plus légères, comptent beaucoup plus de suicides que les bagnes. Le Dr Tammassia, dans son travail sur la folie des criminels italiens, a calculé, que le nombre des aliénés dans les bagnes s'élève à 13 sur 10,000, tandis qu'il est de 39 pour le même nombre, dans les maisons judiciaires, qui appartiennent à la première catégorie, c'est-à-dire à près du triple. Cette grande différence se rattache sans doute aux liens étroits qui ont lieu entre la folie et le suicide; mais d'autres causes complexes doivent certainement agir sur les trois espèces de prisons qui existent en Italie, les maisons judiciaires, les maisons de détention et les bagnes. Le genre et la sévérité de la punition, la surveillance, plus ou moins rigoureuse, la réclusion, l'isolement, l'imitation, les circonstances subjectives du délinquant, la qualité et la quantité du travail, constituent de nombreuses influences qui certes ne sont pas étrangères au chiffre des suicides et des aliénés.

Relativement à l'influence du climat qui doit aussi être prise en considération, M. Morselli a trouvé que le nombre des délinquants des provinces méridionales formait les deux cinquièmes du chiffre total. Il a aussi constaté que les pro-

vinces qui donnent le plus fort contingent de fous criminels sont celles qui en donnent le moins dans la population libre.

En continuant ses recherches, l'auteur a reconnu que l'époque dans laquelle les condamnés sont le plus sujets aux maladies mentales est celle des premiers temps de leur séjour dans les prisons. Ce résultat a été également vérifié pour le suicide.

Ainsi l'examen des chiffres met hors de doute la fréquence du suicide dans les débuts de la condamnation. Sur 88 détenus de cette série, observés par le Dr Morselli, 64 se tuèrent ou essayèrent de se tuer dans les premiers temps de leur incarcération.

La pathologie des délinquants était trop utile à étudier pour que l'auteur n'examinât pas aussi l'état de santé des criminels qui se tuent ou font des tentatives de suicide. La moitié seulement de ceux qu'il a observés étaient bien portants; tous les autres étaient souffreteux, malingres, ou avaient éprouvé des maladies plus ou moins graves, sans excepter l'aliénation. Parmi ces affections, on trouve les lésions de l'appareil digestif, des organes génitaux, mais surtout la céphalalgie, la congestion, l'hyperhémie cérébrale, l'épilepsie, la méningo-cérébrite lente, l'hypochondrie et la syphilis constitutionnelle. Le point très-important pour les médecins, est la prédominance des troubles du système nerveux, des centres encéphaliques, les hallucinations et les aliénations congénitales.

Le rapport entre les crimes et les tendances morbides dégénératives a été complétement confirmé par le docteur Virgilio. Dans la Revue de la description des prisons (1874), les maladies nerveuses figurent pour une forte partie, tant dans les espèces morbides propres aux délinquants, que dans les transmissions héréditaires.

Il n'est donc pas surprenant que la même disposition ait lieu pour les délinquants suicides. Il semble qu'un lien mystérieux unisse toutes les graves dégénérescences de la race humaine, soit physiques, soit morales, avec les états pathologiques du système nerveux. Il en est de même, en général, pour les maladies qui altèrent profondément la nature organique de l'homme et se transmettent héréditairement, en finissant par détruire les puissances reproductrices et conservatrices de l'espèce. On sait avec quelle force le docteur

Thompson a soutenu cette thèse dans sa *Psychologie criminelle* (Londres, 1870).

Le remarquable travail de ce médecin démontre l'existence d'une classe criminelle, distincte par ses caratères particuliers, physiques et moraux, dans laquelle toutes les altérations dégénératrices de la race ont leurs manifestations les plus élevées. Folie, imbécillité, faiblesse d'esprit, épilepsie, paralysie, névralgie, surdité, balbutiement, cécité congénitale, idiotisme, tendance à l'acoolisme, dépravation des instincts sexuels, excentricités de caractère, toutes ces infirmités so donnent la main et s'accumulent dans cette triste classe. On conçoit que ces malheureuses créatures payent un large tribut au suicide et à la folie.

Pour démontrer les liens qui existent entre le délit, la folie et le suicide, il nous suffira, fait observer M. Morselli, de rappelor que le docteur Thompson, sur 6,000 prisonniers, examinés par lui et dont il a ouvert un grand nombre, en a compté 1,000 qui avaient eu besoin d'un traitement spécial, à cause de leur état mental. Sur ces 1,000 individus, 580 étaient idiots ou imbéciles, 323 faibles d'esprit ou aliénés, 57 épileptiques, 36 avaient eu des impulsions au suicide, proportion énorme et bien supérieure à celle de la population libre non criminelle.

On comprend facilement pourquoi cette classe dégénérée paye un aussi large tribut au suicide et à la folie.

M. Morselli s'est rangé parmi les médecins qui pensent que le suicide n'est pas toujours un acte de folie. J'ai prouvé dans mon livre : *Du suicide et de la folie suicide*, qu'il était de la dernière évidence par les faits que j'ai consignés, que cet acte était loin d'être toujours un acte de folie, et j'aurais même cru que le titre du livre indiquait clairement ma pensée.

Bien que M. Morselli ait principalement consacré son travail à la rechercho du suicide chez les délinquants aliénés, question qui nous a surtout préoccupé, au point de vue de la médecine légale dans ses rapports avec la criminalité, il fait remarquer qu'il ne s'est pas borné exclusivement aux cas de suicide chez les délinquants aliénés, malgré toute leur importance, mais qu'il a cru devoir les signaler chez les criminels qui ont conservé leur raison, probablement parce que, selon lui, les dégénérescences de beaucoup d'entre eux les exposent aux atteintes des maladies mentales.

Le docteur Morselli, dans son opuscule, a donc marché sur

les traces des médecins distingués que nous avons cités au début de ce rapport. Comme eux, par un sentiment d'humanité et de justice, il a cherché à soustraire à des peines infamantes de véritables fous, qui étaient mal connus des magistrats et des jurisconsultes. Pas plus que ses honorables confrères, il n'a voulu dérober à la justice de vrais coupables, ainsi qu'on l'a prétendu à tort. Sans doute le grave sujet qu'il a traité appelle de nouvelles recherches et des détails plus précis ; mais M. Morselli n'en a pas moins étudié avec soin la question de la folie et du crime, encore si contestée, en y ajoutant de nouveaux documents. Aussi votre commission vous propose-t-elle de lui accorder le titre de membre associé étranger, en l'engageant à développer son sujet par des observations plus nombreuses et plus personnelles.

M. Morselli est nommé membre associé étranger.

De l'influence des lésions traumatiques sur les vésanies.

M. Baillarger, à propos du procès-verbal, revient sur quelques faits signalés dans la dernière séance :

M. Billod dans son intéressant mémoire sur les opérations à faire chez les aliénés, a signalé l'existence de la paralysie générale comme une contre-indication à ces opérations ; je crois, à cette occasion, devoir rappeler deux observations dans lesquelles les malades ont subi l'amputation, l'un de la cuisse et l'autre de la jambe. Or ces malades chez lesquels la paralysie générale était parfaitement caractérisée, ont guéri tous les deux. Ces faits rentrent dans la catégorie des rémissions ou guérisons sur lesquelles j'ai, il y a plus de dix ans, appelé l'attention et qui se produisent chez les paralytiques à la suite de suppurations abondantes.

M. Billod fait observer que dans la paralysie générale on obtient des rémissions par l'action des caustiques, du moxa, des sétons.

M. Lunier a observé également dans plusieurs circonstances l'influence heureuse des grandes suppurations et des grands traumatismes survenus accidentellement, sur la marche des affections mentales ; mais il ne faudrait pas en conclure qu'on obtiendrait des résultats aussi favorables en produisant artificiellement les mêmes phénomènes. En ce qui concerne les grandes suppurations, notamment, les expériences qui ont été tentées ne sont pas bien encourageantes. C'est qu'il y a sous ce rapport une très-grande différence entre les grandes

suppurations qui surviennent spontanément, sous l'influence d'un travail organique intime, et celles qui sont déterminées artificiellement.

Les faits qui viennent d'être rappelés par M. Baillarger n'en conservent pas moins leur importance et peuvent fournir d'utiles indications pour le traitement de l'aliénation mentale.

M. Delasiauve. M. Baillarger, à propos des grandes désorganisations intercurrentes ou accidentelles, a touché un point important de thérapeutique mentale. On s'est jadis, Esquirol entre autres, très-préoccupé de terminaisons critiques de la folie. Les faits dont notre collègue vient de nous entretenir présentent la question sous un aspect particulier. Il s'agit non de cas jugés par des mouvements spontanés de la nature, mais de suspensions morbides par des maladies graves et étrangères ou des lésions imprévues.

Il est peu d'entre nous qui ayant par devers eux de semblables exemples, n'aient songé à en tirer des indications, en déterminant dans l'économie des centres puissants et plus ou moins permanents de dérivation morbide. Nous ne voyons pas cependant, si des essais ont été tentés, que poursuivis méthodiquement, ils se soient généralisés. Pour mon compte, j'ai souvent employé avec profit, indépendamment des exutoires à demeure, les purgatifs drastiques à intervalles rapprochés et notamment à l'extérieur, soit les onctions stibiées, soit de larges et fréquentes applications d'huile de croton tiglium.

Ce dernier moyen m'a surtout permis de constater chez un dément paralytique, paraissant arrivé au moment suprême, et pour lequel je fus consulté en 1867, un amendement tel que le malade, ayant recouvré une partie de sa raison et de ses forces, put, l'année suivante, se rendre à une station du Midi et vivre un assez long temps encore.

Dans l'épilepsie, sujette à tant de complications, l'interruption brusque des crises comme conséquence de ces fortuités, n'est pas rare ; un de mes condisciples avait achevé ses humanités lorsque atteint du mal caduc, il fut obligé de renoncer à une carrière libérale. Il vécut tristement chez ses parents, qui tenaient un hôtel. Les crises devenaient de plus en plus nombreuses. Un jour, au milieu d'un accès, il tombe dans un foyer incandescent et se fait au visage une horrible brûlure. Environ deux ans après, ayant eu occasion de passer dans sa ville, j'eus peine à le reconnaître tant il était défiguré. Le

malheureux, cependant, se félicitait d'un événement qui avait coupé court à la maladie. Sa joie, hélas, fut passagère : quelques mois après, il fut repris, et finit par succomber à la violence des attaques.

Il y a 6 mois environ, nous vint à la Salpêtrière, une dame d'environ 35 ans, qui, dans des conditions analogues, se fit une brûlure considérable à la partie supérieure de la cuisse. La prostration physique et morale était énorme; peu à peu la plaie se cicatrisa; prompt fut le retour de l'intelligence. Au bout de six semaines nous la rendîmes à son mari. Elle n'avait point eu d'attaques. Deux autres mois d'immunité chez elle la remplirent d'une espérance qui devait être déçue. Elle fut réintégrée à l'asile par suite d'un nouvel *état de mal* compliqué d'un violent délire.

Il y a une dizaine d'années, lors de la première ferveur pour le bromure de potassium, nous soumîmes à cette médication une de nos malades fortement éprouvée par les convulsions. L'agent était-il pur? Diverses intoxications furent attribuées au mélange d'une certaine proportion d'iode. Bien que nous n'ayons élevé qu'à 4 grammes la dose progressive, il se produisit un bromisme qui mit la malade à deux doigts de sa perte. En moins de 36 heures une affreuse gangrène envahit toute la paroi postérieure du sacrum; contre toute attente, néanmoins, le guérison s'effectua lentement. Plus de crise, pendant une année et davantage. Le mal a récidivé néanmoins et nous n'avons osé nous exposer, chez elle, aux mêmes chances une seconde fois.

Cette patiente a eu son pendant dans notre service. Durant un assez long intérim, un de nos collègues, en 1870 et 1871, nous remplaça et usa du bromure de potassium sur une vaste échelle. Une seule en éprouva du préjudice, mais à ce point que pendant des mois nous nous attendions chaque jour à la perdre. Elle se releva et de longtemps demeura sans crises. Elles ont depuis deux ans reparu, moins intenses et plus espacées. Nous avons repris le remède invariablement maintenu à deux grammes.

Ce sont ces déconvenues qui sans doute ont arrêté les praticiens. En général, toute maladie ralentit le mal caduc, sans que le résultat semble adéquate aux efforts critiques. Dans une variole confluente qui l'emporta le 10e jour, un enfant, sujet à 5 ou 6 accès quotidiens, n'en eut pas un seul. Deux jeunes épileptiques à cette heure à la Salpêtrière, ont vu leurs

crises se suspendre à la suite de nombreuses évacuations de vers. Mais après plusieurs mois, elles ont reparu, sans que les vermifuges réitérés aient fait rendre de nouveaux entozoaires et modifié la maladie. Toutefois, ce ne serait pas une raison suffisante pour écarter la proposition de notre éminent collègue.

Congrès de Genève.

M. Moreau (de Tours) a été informé par M. Dunant, membre correspondant, qu'un congrès médical international s'ouvrirait à Genève en septembre 1876 : ceux des membres de la Société qui désirent faire des communications sont priés d'en donner l'avis au bureau provisoire avant la fin du mois de juin prochain.

Les signes physiques des folies raisonnantes.

M. Legrand du Saulle. — Une question nouvelle a été portée à votre barre. Voici ce qu'on est venu vous demander : existe-t-il des signes physiques dans les folies raisonnantes ? Peut-on les déterminer? En dehors des particularités intellectuelles que présentent les aliénés raisonnants, peut-on cliniquement s'appuyer sur tout un ensemble significatif et caractéristique de signes physiques ?

Je vais répondre affirmativement à ces points d'interrogation posés par M. J. Falret.

Et d'abord, je tiens à dire que je vois sans déplaisir surgir une question de l'ordre somatique. J'estime, en effet, qu'il est nécessaire de sortir de la psychologie, de dépouiller de plus en plus la médecine mentale de l'idéologie abstraite et rêveuse et de faire ressortir bien davantage l'importance de l'examen physique et la valeur des indications spéciales qu'il est possible de retirer de l'observation médicale pure. Si la médecine aliéniste a manqué de crédit devant la science, la justice et le public, il y a quarante ans, c'est qu'elle était psychologique et obscure et qu'elle prêtait le flanc à toutes les controverses imaginables de la part de la presse, du barreau et de la magistrature. Si elle se relève tant aujourd'hui et si elle conquiert tant d'autorité, c'est qu'elle est pratique et qu'elle s'appuie sur des signes exacts et sur des interprétations mises en lumière par les travaux modernes. Ecoutez, en 1876, la déposition d'un médecin aliéniste devant une cour d'assises et vous remarquerez que l'on ne discute plus pour savoir où finit la

raison et où commenee la folie. Les dissertations philosophiques ont vécu, la psychologie est en fuite, l'avocat se tait, le jury écoute, le ministère puhlie cherehe de bonne foi à s'éclairer et le médecin s'impose. Voilà ce que nous avons gagné depuis que nous sommes devenus heaueoup moins psychologues et hien plus cliniciens. Autrefois, on tranchait la tête d'un aliéné criminel, au nom d'une théorie très-discutée, du doute philosophique et du désarroi des eonsciences, mais aujourd'hui, on hospitalise l'assassin malade, au nom de la précision clinique, de la certitude scientifique et d'une confiance qui n'est plus contestée. Je forme done des vœux ardents — et cette opinion n'engage ici que moi seul — pour que l'attirail de la psychologie soit honorablement déposé dans nos bibliothèques et nos collections d'antiquités ou au magasin des aceessoires, et pour que le médecin aliéniste apporte chaque jour des matériaux nouveaux pour l'élucidation des prohlèmes eliniques les moins étudiés encore.

Ici, au sein même de la Soeiété, chaque fois que M. J. Falret attaehe un nouveau grelot, je suis tenté malgré moi de comparer notre honorable eollègue à cet homme qui, armé d'une longue pique au bout de laquelle brûle une flammèche emprisonnée sous un petit eapuehon, parcourt nos houlevards et nos rues, à la nuit tomhante, allume tous les réverbères, puis disparaît dans l'ombre. M. J. Falret, en effet, stimule les recherches et allume les discussions, puis il s'enfuit. J'espère démontrer tout à l'heure qu'il y aura néeessité pour lui de rentrer dans le débat aetuel.

La eondition fondamentale de tout examen d'un malade atteint de folie raisonnante (*manie sans délire*, *folie morale* ou *délire des actes*, car il n'est plus question dans cette discussion nouvelle de la folie avee conscienee) eonsiste dans l'ohligation indispensable de jeter un eoup d'œil rétrospectif sur tous les aecidents pathologiques qui ont traversé la vie du malade. Il faut reconstituer l'observation elinique, âge par âge, symptôme par symptôme, et l'on arrive alors à reconnaître que non-seulement il existe souvent des signes physiques parfaitement susceptibles d'être déterminés, mais encore qu'il s'est produit, dans un grand nombre do cas, des troubles de la raison à l'époque de la puberté ; quo l'on rencontre fréquemment des anomalies des organes génitaux, avec ou sans perversions génésiaques ; et qu'enfin des phénomènes cérébraux, congestifs ou hémorrhagiques, peuvent s'observer à toutes les époques

de la vie du malade et la terminer. Tels sont les quatre points principaux de la question. Nulle part les commémoratifs n'ont autant d'importance et ne contribuent davantage à éclairer le diagnostic. Ici, c'est le passé qui justifie le présent, et qui, par anticipation, projette sur l'avenir quelques prévisions lumineuses, mais fatalement stériles.

1° *Signes physiques en général.* Le crâne présente très-souvent des malformations. Je ne ferai qu'indiquer la possibilité de la microcéphalie, dans quelques cas seulement, et la présence parfois de saillies volumineuses, de bosses, de crêtes osseuses ou de proéminences exagérées sur différents points de la tête. Sur treize aliénés raisonnants observés par M. Campagne, douze étaient affectés d'une difformité identique, d'un aplatissement de la région postérieure de la tête. En d'autres termes, sur treize observations, le crâne a été douze fois rencontré amoindri au détriment de la région occipitale. Cette uniformité presque constante de la déformation crânienne dans une série de cas où les symptômes morbides présentaient une incontestable similitude, est un fait extrêmement remarquable. On se demande involontairement s'il n'existerait pas un rapport entre la nature de la déformation crânienne et la nature des troubles psychiques? J'ai, en ce qui me concerne, cherché maintes fois à contrôler l'assertion de M. Campagne; eh bien, je dois reconnaître qu'elle m'a paru vraie dans la moitié des cas environ.

Il va sans dire que je défalque toutes les malformations crâniennes acquises après la naissance. Vous savez que l'on conserve encore, dans certains pays, l'usage absurde de déformer la tête des enfants en emprisonnant le crâne, aussitôt après la naissance, dans des bandelettes, des liens ou des coiffures, qui en gênent et en dirigent le développement. Comme les sutures ne sont pas encore ossifiées, comme les os sont encore extrêmement malléables, on arrive facilement avec un peu de persévérance à donner au crâne des formes assez bizarres. Il n'y a donc aucun compte à tenir de ces faits lorsqu'on vient à les rencontrer et il n'y a aucune interprétation à en tirer.

La face présente des anomalies aussi fréquentes et peut-être aussi importantes que celles du crâne. Quelquefois, il y a absence d'harmonie du visage. Le front peut être extrêmement exigu relativement à la face, ou inversement, le front est trop développé et la face trop petite. Plus souvent encore, la face

est asymétrique : une de ses moitiés latérales est plus petite ou plus élevée que l'autre, ce qui donne à la physionomie un aspect dysharmonique choquant. Dans la nomenclature des signes physiques, notons encore les tics grimaciers, les contractures choréiformes partielles d'un des muscles ou d'un des groupes musculaires de la face ou des paupières, le strabisme, le nystagmus, la grandeur de la bouche, l'épaisseur de la lèvre inférieure, les irrégularités dentaires, la décadence rapide et précoce de toute la dentition, l'asymétrie ou l'étroitesse de la voûte palatine, l'absence de sensations gustatives, l'asymétrie des deux pavillons de l'oreille ou leur vicieuse implantation, l'amincissement et le déplissement de l'oreille, certains phénomènes d'hyperesthésie ou d'anesthésie temporaires ou périodiques, des migraines, des névralgies, des gastralgies, etc., etc.

Tels sont les principaux signes physiques que l'on peut rencontrer chez les raisonnants, lesquels, pour le dire en passant, sont tous des héréditaires. Il est assez rare que l'un des malades de cette catégorie ne présente pas un ou plusieurs de ces signes. Aussi, lorsque nous nous donnons tant de peine pour indiquer et pour faire ressortir tous les phénomènes intellectuels cliniques si étranges de ces malades, pourquoi ne pas joindre désormais à l'observation d'un raisonnant l'énumération des symptômes physiques les plus significatifs? Cette énumération est l'un des termes obligés de la phrase morbide.

2° *Des troubles de la raison à l'époque de la puberté.* Lorsque l'on interroge méthodiquement un raisonnant ou qu'on lui fait écrire l'histoire de toute sa vie, par ordre chronologique, on remarque bientôt que l'âge de la puberté n'a pas été chez lui exempt d'orages ou de périls. Pour les malades de cette catégorie rien n'est anodin et aucune lésion n'est bénigne. A propos d'un état presque insignifiant, le délire apparaît presque tout de suite. La susceptibilité intellectuelle est si grande que la moindre émotion, la contrariété la plus légère, l'affection intercurrente la moins sérieuse, l'époque cataméniale, un coryza, une fièvre éphémère, sont une occasion presque certaine de délire! Nous voyons enfin des hommes qui, avec un seul verre de vin pur, vont commencer à perdre la raison, et qui peuvent bien rarement dîner en ville sans présenter une excitation anormale et absolument comparable à celle qui caractérise le premier degré de l'ivresse, malgré la très-grande sobriété relative dont ils auront fait preuve pendant le repas.

Indépendamment des phénomènes temporaires ou périodiques d'hyperesthésie ou d'anesthésie que nous observons aussi, nous pouvons nous expliquer aisément comment chez les jeunes filles la menstruation quelquefois précoce, mais plus souvent très-tardive, s'établit avec peine et s'accompagne des troubles les plus variés : chlorose, suffocations, défaillances syncopales, pleurs faciles, état cataleptique, somnambulisme, chorée, scrupules, inquiétudes vagues, interrogations sans fin, doute, délire du toucher, mysticisme, privation volontaire d'aliments, actes bizarres, excentricités et état maniaque ou mélancolique.

Les jeunes garçons de douze à seize ans, s'ils ont été élevés à la campagne et s'ils sont placés en apprentissage au loin, sont exposés à devenir nostalgiques, masturbateurs, méchants, incendiaires ou enclins au suicide. Ils volent, arrivent à Paris, débutent par le vagabondage, s'affilient avec une inexplicable facilité à des bandes de rôdeurs de nuit ou de malfaiteurs avérés, et me consultent au dépôt de la préfecture pour des accidents syphilitiques à la bouche ou à l'anus! Vous devinez bien ce qu'ils deviennent : des aspirants aux galères.

Dans la classe bourgeoise des villes, les jeunes garçons sont choréiques, somnambules, érotomanes, persécutés, scrupuleux ou religieux à l'excès. Dans la classe riche, ils sont hypochondriaques ou se disent déjà las de vivre. J'ai vu, en 1872, avec M. Lasègue, le jeune fils d'un magistrat de province dont l'hypochondrie cotoyait tout à fait la folie, et qui s'est complétement rétabli, sous l'influence de pratiques hydrothérapiques longtemps continuées, de l'équitation, de la natation, de la pêche, d'un voyage en Suisse à pied, de la chasse, de l'huile de foie de morue, du fer et du quinquina. Très-récemment, j'ai vu, avec M. le docteur Walther, médecin-inspecteur du service de santé de la marine, un collégien de quinze à seize ans, arrivé de la Guadeloupe depuis quelques mois, qui présente de véritables accidents hystériformes, qui a de l'hémiplégie droite incomplète et de l'hémianesthésie de ce côté. Je suis convaincu que nous allons obtenir la guérison, mais que deviendra plus tard ce jeune homme?

Ne perdons pas de vue tous ces petits jeunes gens. Voici, en termes généraux, ce que l'on remarque chez eux : êtres bizarres, leur activité intellectuelle est modifiée et jetée en dehors des voies naturelles, sans que pour cela l'état maladif s'annonce par des signes psychiques aisément constatables

pour tout le monde, j'en conviens. Fantasques, excentriques, insaisissables, querelleurs, emportés, violents, oisifs, instinctivement entraînés vers le mal, cruels, orgueilleux, ils ont, dès leur plus tendre enfance, des habitudes toutes spontanées de mensonge et de maraudage, et s'ils travaillent, ce n'est que par boutades, par soubresauts éphémères. Toujours indisciplinés, ils font la désolation de leurs parents et le tourment de leurs professeurs. Rien ne peut adoucir leurs mauvais instincts, rien ne peut amender ces natures que la fatalité pathologique fait invariablement dévier. Quelquefois, ils présentent des facultés intellectuelles très-développées. Doués dans ce cas d'une mémoire tout à fait extraordinaire, ils apprennent et retiennent tout avec la plus surprenante facilité. Ils sont les premiers de leur classe et on les regarde volontiers comme des petits prodiges. Ils possèdent parfois pour la musique, le calcul, le dessin, la poésie, l'improvisation, la déclamation ou l'art théâtral, une aptitude native qui étonne. Puis, quand ils arrivent à cette époque de la puberté dont nous parlons, leurs brillantes facultés pâlissent ou s'éteignent. Le développement psychique s'arrête, la croissance intellectuelle a dit son dernier mot, la faillite est déclarée et le petit prodige devient une non-valeur. Après beaucoup d'humiliations ou de tâtonnements, la vie aventureuse des marins ou des soldats leur paraît souvent séduisante. Ils s'engagent alors dans la marine ou dans l'armée. Quelquefois ils sont domptés par la sévère discipline qui règne dans ce milieu nouveau, mais le plus souvent ils s'insurgent contre cette discipline, se font accabler de punitions et finissent assez fréquemment par être déférés à des conseils de guerre !

Tous ces orages de l'âge de puberté finissent enfin par passer, mais un jalon a été posé et l'avenir ne doit pas être considéré comme exempt de soucis. Il n'est pas jusqu'au mariage lui-même qui, pour la jeune fille, en modifiant les conditions d'existence et en communiquant aux appétits génésiques une excitation inconnue jusque-là, ne produise dans quelques cas un ébranlement capable de compromettre la santé et la raison. Interrogez plutôt vos souvenirs.

D'après M. J. Falret, les névropathes de la puberté subissent à cette période difficile, une transformation obligée dans leur état mental. Notre honorable collègue les considère comme étant parvenus à une sorte de bifurcation : les uns, pense-t-il, sont frappés d'un arrêt de développement et se diri-

gent vers la débilité intellectuelle et les autres vers les folies raisonnantes. Cette remarque me paraît fort juste. Nous avons tous connu, en effet, des phénix de collége à aptitudes remarquables ou des génies partiels applaudis dès leur aurore, qui sont rapidement entrés dans la voie de la demi-imbécillité, ou qui ont alors inauguré toute une carrière parsemée d'aventures, de scandales, d'excentricités, d'orgies, de procès retentissants, d'élévations équivoques et de chutes soudaines, de péripéties et de contrastes.

Je vois passer au dépôt de la préfecture un certain nombre de ces raisonnants. Ils sont tous les mêmes et n'aiment absolûment qu'eux-mêmes. Mauvais fils, amants volages, époux distraits, pères oublieux, ils ont le cœur sec et froid. Ils ne représentent qu'un amas de mauvaises qualités et de passions détestables gravitant autour d'un orgueil immense. Bavards, présomptueux, despotes, ils aiment à occuper le public de leur personne et cherchent par tous les moyens possibles à attirer l'attention. Ils discutent très-volontiers, mais ne supportent aucune espèce de contradiction. Poltrons, paresseux, ombrageux, ils envient les honneurs et les richesses d'autrui, parce que, dans leur pensée, eux seuls en sont dignes. Ils sont railleurs, taquins et ingrats par-dessus tout. Incapables de sentiments élevés, ils ne connaissent ni le dévouement, ni la charité, ni le patriotisme, ni l'honneur. Toute la morale se résume par eux dans leur intérêt actuel. La loyauté leur est inconnue : l'hypocrisie et le mensonge leur paraissent tout naturels du moment qu'ils peuvent en tirer profit. Ils sont très-souvent fanfarons du vice, froidement cyniques et dissipateurs par vanité. La mobilité de leurs affections et de leurs haines est surprenante. La plus futile circonstance modifie leurs sentiments. Aujourd'hui, ils n'ont pas assez d'injures pour un des leurs, et demain ils ne trouveront jamais assez de flatteries et de louanges à son adresse. La moindre chose les met en courroux et la moindre chose les calme. Etres changeants, versatiles, inconséquents, paradoxaux, ils réagissent toujours d'une manière capricieuse et exagérée. Systématiquement hostiles à toute action moralisatrice, insensibles aux joies de la famille, inaccessibles aux douceurs de l'affection, instinctivement portés à la rébellion, aux extravagances et au scandale, ils sont méchants et font le mal pour le mal. Un penchant les entraîne. Ils professent des sentiments de misanthropie outrée, détestent et méprisent l'humanité entière,

font avec cynisme l'apologie du vice, déclarent hautement qu'ils ne croient pas à la vertu et soutiennent avec ostentation les théories les plus immorales, les plus attentatoires à la dignité humaine et à l'ordre social. Pourvus enfin d'une persistance relative de l'intelligence et candidats perpétuels à une malsaine popularité, ils font toujours le malheur et quelquefois la honte de leur famille.

3° *Anomalies des organes génitaux et perversions fonctionnelles.* L'étude des malformations et des troubles fonctionnels que présentent assez souvent les organes génitaux des raisonnants est extrêmement curieuse. Aucun examen clinique et médico-légal d'un de ces malades ne saurait être sérieux ou complet, s'il ne s'accompagne pas de l'inspection minutieuse des parties sexuelles. Les constatations de l'ordre le plus inattendu surprennent parfois le médecin. J'ai plusieurs fois interrogé en 1868 et en 1869 et j'ai refusé de placer comme aliéné un jeune cuisinier badois, âgé de vingt ans, imberbe, exalté, étrange et impulsif, non-alcoolisé et non-épileptique, qui avait commis chaque fois des actes semi-délirants et pour la justification desquels il entrait dans des explications très-lucides. Seulement, toute sa logique si opiniâtre était frappée au coin de l'absurdité pathologique. Un jour, plus perplexe que d'ordinaire, je songeai à le faire deshabiller : il était hypospade.

Un autre jour, pendant le siége de Paris, j'ai eu à statuer sur l'identité et l'état mental d'une femme de soixante ans environ, décemment vêtue, arrêtée auprès du donjon de Vincennes dans des conditions un peu mystérieuses et dont le rôle supposé avait exaspéré la population. Elle avait été huée par la foule et sans la protection énergique d'une escouade de la garde nationale, je ne sais trop ce qui serait advenu. A plusieurs reprises différentes, elle avait passé un certain nombre d'années à la Salpêtrière, dans le service de M. Mitivié, et on l'y avait considérée comme étant une « maniaque chronique sans délire, avec penchant au vol. » Cette femme, qui était une raisonnante assez bizarre, peu intelligente, mais certainement inoffensive et non coupable, était très-mal conformée. Elle ne possédait aucune trace de développement mammaire ancien et n'avait qu'une fente vulvaire, des grandes lèvres minces et ridées et un méat urinaire. Tout le reste de l'appareil génital manquait et l'on ne trouvait chez elle ni vagin ni utérus. On accusait cette femme, qui portait passablement de barbe au menton, d'être un homme et un

espion déguisé et l'on avait déjà vaguement parlé de sa comparution devant un conseil de guerre. Mais le dossier antécédent et mon certificat amenèrent purement et simplement une mise en liberté.

Les organes génitaux des imbéciles, des idiots et des êtres les plus dégénérés sont incomplets ou imparfaits et l'on observe fréquemment l'exiguité pénienne, le phimosis, la microrchidie, la monorchidie ou l'anorchidie. Or, si M. J. Falret veut bien rentrer dans la discussion actuelle et mettre sous les yeux de la Société toutes les constatations qu'il a faites là-dessus dans son service d'enfants, à Bicêtre, vous serez probablement conduits à faire ici le rapprochement que voici : tandis que Pinel et ses élèves ont considéré la manie sans délire comme la plus remarquable et la plus intelligente des aliénations de l'esprit, M. Campagne, au contraire, ne croit rencontrer dans la folie raisonnante qu'une sorte d'idiotie partielle. A en juger par les anomalies assez fréquentes des organes génitaux et par leurs perversions fonctionnelles chez les raisonnants, l'opinion de M. Campagne ne serait-elle pas plus rapprochée de la vérité que l'appréciation de Pinel et de ses élèves ?

Quoi qu'il en soit, disons ceci, c'est que les organes génitaux chez les idiots sont souvent à l'état rudimentaire, qu'ils sont alors congénialement atrophiés et que leur malformation physique explique leur absence de fonctionnement; mais que si, dans les dégénérescences moins graves ot dans la folie raisonnante, par exemple, les organes génitaux présentent un développement normal, il s'en faut du moins que les fonctions génitales s'accomplissent habituellement avec régularité. Tantôt on observo une excitation instinctive du sentiment génésique qui pousse les malades aux plus grands excès d'onanisme ou de coït ; tantôt, au contraire, les désirs génésiques font absolument défaut, et c'est choso curieuse que de voir des jeunes gens vigoureux ou des adultes en apparence bien constitués — mais à la voix flûtée et eunuchoïde — privés complétement de l'instinct de la reproduction. Ces malheureux sont morts pour l'espèce : ils sont incapables d'engendrer. Permettez-moi plutôt de vous citer la très-intéressante observation d'un de mes malades.

On peut voir en ce moment dans mes salles, à Bicêtre, un sieur D... (Ernest-Victor), né à Paris, âgé de 33 ans, sans profession, ancien soldat, qui descend directement de trois

générations d'aliénés : 1° sa bisaïeule maternelle a été atteinte de folie puerpérale et elle est morte jeune à la suite d'accidents cérébraux mal définis ; 2° son aïeule maternelle, qui a toujours passé pour avoir un caractère extrêmement bizarre, est décédée à la suite d'un délire ambitieux dans un établissement d'aliénés du département de la Manche. « Elle se croyait reine. » Le mari de cette femme (aïeul maternel de D...), était mélancolique et obsédé par des idées de persécution, par la crainte d'être trompé et par la peur de la mort. Il s'est tiré un coup de fusil, après avoir donné certaines instructions dans une lettre dernière, s'être fait une légère blessure et avoir signé avec son sang ses adieux au monde ; 3° sa mère, atteinte du délire des persécutions, avec hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat, craintes d'empoisonnement et refus fréquent d'aliments, est morte à l'âge de 35 ans à la Salpêtrière. Elle avait eu cinq enfants : trois succombèrent au berceau ; un autre, devenu sourd très-jeune, était irascible, violent, indisciplinable, vicieux, et a disparu. Le dernier enfin est celui qui nous occupe.

D..., élevé dans une petite école, placé à treize ans comme domestique chez un marchand de vin, préoccupé déjà de la crainte de devenir fou, abandonne au bout de quelques mois sa place et son patron, est arrêté comme vagabond et remis à son père. Un jour, après un accès de colère, il tente de s'empoisonner avec des allumettes chimiques. Il avait alors un peu plus de quatorze ans. Il est placé à Bicêtre dans le service de notre savant collègue, M. Delasiauve, et il y reste trois ans et demi. Employé à divers métiers, ne se plaisant nulle part et n'étant bon à rien, il s'engage dans le 71e de ligne, est traduit en conseil de guerre pour insubordination, condamné à un an de prison, puis, à l'expiration de sa peine, incorporé dans le 96e de ligne. Là, à la suite de quelques plaisanteries de la part de camarades mal avisés, il s'emporte et met son uniforme en lambeaux. Traduit de nouveau devant un conseil de guerre, il est acquitté pour cause d'aliénation mentale et placé à l'asile de Bourg, où il reste huit mois. De retour à Paris, arrêté pour vagabondage, placé à Bicêtre, transféré à Saint-Alban, il s'évade au bout de quatre ans et revient à pied du département de la Lozère à Paris, en mendiant tout le long de sa route. Après beaucoup de péripéties, il est dirigé sur l'asile de Ville-Evrard, refuse de s'alimenter, est nourri pendant quelques jours à l'aide de la sonde

œsophagienne, finit par obtenir sa sortie, recommence sa vie aventureuse, se fait arrêter un peu partout et rentre enfin à Bicêtre.

D... est peu intelligent, calme, lucide, raisonnable, bon travailleur. Il est dépourvu de spontanéité, d'iniative et de volonté, et il est incapable de se diriger. Il analyse sa situation avec une justesse frappante et ne délire jamais. Lorsque je lui reproche de ne point vouloir recevoir les visites de son père, il me répond invariablement : « Cet homme-là a causé tout mon malheur en épousant une folle, qui était fille et petite-fille de fous ; s'il avait fait un autre mariage, je ne serais pas à Bicêtre. Je ne lui pardonnerai jamais de m'avoir fait naître avec une aussi mauvaise cervelle et je ne veux pas le voir. Dites-lui que je suis sa victime et qu'il me laisse tranquille. On est bon pour moi ici et cela me suffit. »

D... est fort, vigoureux, assez bien conformé, un peu polysarcique. Je suis obligé de convenir que ses dents sont régulièrement implantées et presque belles, que son front est bien proportionné et que ses oreilles sont normales. Il est affecté depuis l'âge de dix ans d'une hernie inguinale droite. Les organes génitaux sont bien développés et ne laissent en apparence rien soupçonner qui soit extra-physiologique. D... est cependant privé de tout désir vénérien, n'a point d'érections, n'est point sujet à des rêves lascifs et n'éprouve jamais de déperditions séminales pendant son sommeil. J'ai soumis les draps de son lit à une surveillance constante, à son insu. Il rapporte qu'il en a eu plusieurs fois, lorsqu'il avait dix-sept ou dix-huit ans et que cela s'est absolument passé. Il n'a jamais recherché la fréquentation des femmes, loin de là. Etant soldat, il a été entraîné trois ou quatre fois par des camarades dans des maisons de tolérance, mais il ressort nettement de de tous ses aveux qu'il n'a point eu de rapports sexuels normaux et complets. Quant à la masturbation, elle lui est inconnue. D... est impuissant et stérile. Il représente, lui compris, quatre générations d'aliénés et est incapable de se reproduire. Morel a donc dit vrai lorsqu'il a affirmé que les familles d'aliénés s'éteignaient fatalement, que la folie abâtardissait l'espèce et stérilisait, dès la quatrième génération, les produits déclassés de l'hérédité cérébrale directe.

Les raisonnants, dans d'autres cas, ont des organes génitaux bien conformés et une activité sexuelle régulière, mais per-

vertie. Ici, l'imprévu n'a plus du tout de limites et l'on peut tout à coup se trouver en face des immoralités les plus révoltantes, les plus monstrueuses ou les plus horribles. Je recule un peu devant le récit des actes inouïs, presque invraisemblables, que je vais rapporter, mais je puiserai mon courage dans cette considération que j'ai en ce moment l'honneur de parler devant vous, au nom de la science, et que la science, comparable au feu, purifie tout ce qu'elle touche.

Voici quels sont les faits les plus saillants dont le souvenir s'impose en ce moment à mon esprit : Ici, c'est Charles D..., du Havre, qui se masturbe presque publiquement dans une promenade, tous les jours, vers la même heure, qui s'étend ensuite sur le sol à plat ventre pour dévorer à l'aise le produit de ses éjaculations, et qui, malgré l'intervention médico-légale de Morel, est condamné correctionnellement ; là, c'est un étudiant de onzième année, que j'ai récemment interrogé et qui a été condamné, auquel la prévention reprochait d'avoir été trouvé, en plein hiver, à sept heures du soir, sous un pont, au centre de Paris, alors qu'il se livrait à la masturbation buccale sur la personne d'un musicien ambulant, âgé de 57 ans ; ailleurs, comme aucune barrière n'est infranchissable pour les raisonnants, c'est une jeune fille de quinze ans et demi, d'une constitution très-robuste, déjà polysarcique, exaltée, extravagante, absurde, dépravée, mais sans délire, qui, au sortir de pension, à la campagne, tient à son frère, très-faible d'esprit, âgé de dix-sept ans, des propos obscènes, et qui, pendant deux ans, commet avec lui les plus grands excès sexuels, jusqu'à ce que la mort enlève le jeune homme, et que, huit jours après, une tentative de parricide conduise enfin la jeune fille dans un établissement d'aliénés ; ailleurs encore, c'est une femme de trente-trois ans, mariée depuis dix ans, sans enfants, un peu obèse, jalouse, romanesque, se disant dégoûtée de la vie, peu intelligente, affublée de toilettes excentriques, emportée, impulsive, incapable de s'occuper sagement à quoi que ce soit, tendant des piéges à son mari, et le soufflettant, non-hystérique, n'ayant aucune retenue dans ses paroles et dans ses actes, ouvrant sa fenêtre et se montrant vôlontiers, la poitrine nue, ne délirant jamais à proprement parler, proclamant sans cesse sa complète intégrité d'esprit, qui, après la perte pour la France de l'Alsace et de la Lorraine, reçoit tout à coup chez elle son jeune frère, âgé de dix-huit ans, le comble aussitôt de tendresses choquantes, le

séduit et devient pour lui la plus tyrannique des maîtresses, jusqu'à ce que, abreuvé de dégoût et exténué de fatigue, le jeune homme prenne la fuite et s'engage dans un régiment d'artillerie, et que, la malade, tirant vanité de ses écarts incestueux, ait fait maintes fois à son mari la description enflammée de ce qu'elle appelait « ses nuits d'amour, » et qu'une séparation de corps, basée sur des griefs supposés, soit enfin intervenue ; et plus loin, c'est une dame titrée, âgée de trente-neuf ans, fort jolie encore, d'une intarissable loquacité et d'un cynisme pathologique, qui déclare qu'elle a un fils unique, âgé de dix-neuf ans, d'une beauté extraordinaire, et que, pour le préserver des tentations faciles, des agaceries du vice, des maladies contagieuses et de l'usage des mercuriaux, elle n'a pas trouvé d'autre moyen, depuis plusieurs années, que de l'initier elle-même progressivement et avec les ménagements voulus à tous les plaisirs sexuels ; qu'elle rationnait les élans voluptueux de l'adolescent ; qu'elle est descendue ensuite pour lui à toutes les complaisances lubriques et à tous les raffinements du libertinage le plus licencieux ; qu'elle adore « ce véritable Apollon, » qu'elle est enceinte de ses œuvres et qu'elle a cherché à se faire avorter, parce qu'elle est veuve, parce que son ventre grossit et qu'elle craint de n'avoir plus autant de charmes aux yeux de celui qui partage son lit, et qui, en cas d'infidélité, la conduirait infailliblement au suicide! En dehors de ses épouvantables révélations, cette malheureuse femme est intelligente, gracieuse, distinguée, très-versée dans les choses de la politique, de la bourse et du sport ; elle a d'elle-même et de « son dévouement pour son fils » une haute opinion, déclare qu'elle sait ce qu'elle dit et ce qu'elle fait, qu'elle n'a jamais perdu la raison un seul instant, discute pied à pied avec le médecin qui lui reproche son crime avec l'énergie de l'indignation et qui finit par la plaindre avec la clémence émue qu'inspire la constatation de la folie ; puis elle repousse avec hauteur tout blâme et tout pardon, défie la médecine et la justice et déclare qu'elle se sent intérieurement absoute par Dieu, qui seul est infaillible. Une fuite inopinée à l'étranger a mis fin aux préliminaires d'une séquestration dans un asile privé. Qu'est devenue cette malade ?

Je ne mentionnerai que pour mémoire ici d'autres perversions génésiques bien autrement fréquentes, mais qui sont loin d'être un indice de folie, et je ne ferai que rappeler les

violations de sépultures et les cohabitations avec des cadavres, qui, en termes généraux, ne prouvent absolument rien non plus, et je terminerai ce troisième point de mon argumentation par le résumé sommaire d'un autre fait récent.

Il y a deux mois à peine, nous avons examiné, M. le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et moi, un jeune homme de vingt ans, déjà licencié, ès lettres, à l'esprit très-orné, au caractère froid et morne, aux tendances contemplatives, misanthropiques et haineuses, qui recherchait volontiers la solitude, fuyait le monde et témoignait une répulsion frappante pour la femme en général et pour tout ce qui pouvait trahir une origine, une intervention ou une forme féminines. Il se sentait, au contraire, invinciblement attiré vers l'homme, les images, les tableaux et les statues représentant des nudités masculines; il possédait des planches d'anatomie consacrées aux organes génitaux de l'homme et et aux annexes de la virilité et il cherchait à apercevoir dans la rue une partie du pénis de tout individu qui s'arrêtait pour uriner! Il fut appréhendé un jour à la place de la Bourse dans un urinoir public abrité, alors qu'un vieillard et lui, à une certaine distance l'un de l'autre, se montraient complaisamment toutes leurs parties sexuelles. Ce jeune homme, fils d'une mère hystérique, était affecté de phimosis et de microrrhidie légère. Une opération chirurgicale a dû être faite immédiatement, sur notre conseil; mais dans la crainte de quelque nouvelle catastrophe inexplicable, j'ai rédigé, et nous avons signé, M. Vidal et moi, une pièce médico-légale, avec date rendue authentique, établissant un état pathologique et une perversion génésique de l'ordre le plus anormal. Je dois avouer que je n'ai point dans ce cas, contrairement à toutes mes habitudes cliniques, posé un diagnostic défini, car je n'ai vu ce jeune homme qu'une seule fois et je me suis mis à douter un peu qu'il fût un véritable raisonnant? C'est surtout à cause de son phimosis, de sa microrrhidie et de sa perversion génésiaque, que je viens d'être amené à rapprocher son observation de celles qui précèdent.

Un certain nombre de raisonnants enfin perdent leurs enfants en bas âge, si bien que leurs familles diminuent considérablement ou s'éteignent, soit par le fait de toutes les causes que je vous ai laissé entrevoir, et notamment de la stérilité des parents, soit par le fait de l'absence de viabilité prolongée chez les enfants.

4° *Des accidents congestifs*. La pathologie mentale est très-fertile en étonnements, en surprises, selon que l'affection est transmise ou acquise. Nous savons, par exemple, que chez les héréditaires, la paralysie générale suit une marche anormale ; que les rémissions ont souvent une durée insolite ; que le retour à l'intelligence et à l'activité paraît complet, absolu ; que la durée totale de la maladie peut dépasser de beaucoup les limites ordinaires ; que le délire revêt au besoin la forme raisonnante ; que beaucoup de phénomènes paraissent bizarres, sont inattendus, déroutent toutes les prévisions de la science et donnent lieu à un certain nombre d'erreurs de diagnostic. Les raisonnants, eux aussi, qui, ainsi que je l'ai déjà rappelé, sont nécessairemont des héréditaires, peuvent présenter, à toutes les périodes de leur vie, des accidents congestifs, avec ou sans attaques épileptiformes, avec ou sans hémiplégie. Or, lorsqu'ils se produisent, ces accidents en imposent beaucoup, provoquent en général des pronostics très-sombres, qui ne se vérifient pas toujours, et finissent par amener de fâcheuses divergences d'opinions parmi les médecins et de disgracieux quolibets à l'égard de notre degré de compétence et de l'utilité douteuse de notre intervention dans les questions de l'ordre médico-judiciaire.

Expliquons-nous un instant là-dessus. Lorsque l'on nous oppose l'un à l'autre dans un procès et que l'on exploite contre la médecine aliéniste un désaccord flagrant, ce désaccord, beaucoup plus apparent que réel, ne peut tenir qu'à deux causes : à une erreur toute bénévole de pronostic de notre part ou à un écart plus ou moins considérable dans les dates des diverses pièces médicales invoquées.

Que l'on sache bien ceci, c'est que le public est indulgent pour une erreur de diagnostic, mais qu'il est impitoyable pour une faute de pronostic. Si vous avez promis à un malade sa guérison pour un jour déterminé, il faut de toute nécessité que le rétablissemont soit effectué, à l'heure dite ; si non, vous perdez sa confiance et celle de son entourage. Si vous avez annoncé que tel congestif ira toujours en s'aggravant et qu'il est absolument incurable, qu'arrivera-t-il si co congestif se répare, s'il reprend de la force, s'il n'a plus d'embarras de la parole, de tremblement des membres et de sensiblerie ? Il arrivera que vous vous serez cliniquement discrédité, pour avoir voulu prédire l'avenir quand personne ne vous en priait. On vous a demandé, en effet, une opinion sur un accident

passé ou sur un état actuel, et, par excès de zèle ou de fanfaronnade, le médecin a ajouté une conclusion supplémentaire sur l'avenir. Or, cette conclusion est inopportune et imprudente. Je n'ignore pas que la réalisation à point d'une prophétie clinique fait un certain honneur à notre perspicacité, mais pour une satisfaction qu'un heureux hasard accordera à notre vanité, que de blessures pourront être faites à notre amour-propre, si nos appréciations ne se vérifient pas! En restant cliniciens exacts et simples appréciateurs du passé et du présent, en ne portant sur l'avenir que des jugements dubitatifs, sobres et pleins de réserves, les solutions les plus favorables ou les plus calamiteuses interviendront, sans que nous ayons cessé un seul instant d'avoir raison. Il y a là une nuance obligée de tact professionnel qu'il faut savoir adopter et s'imposer. En ce qui me concerne, je ne sors plus des limites pratiques que je viens de tracer. C'est vous dire que j'en suis sorti et que je n'ai appris qu'à mes dépens le *modus agendi* qui est devenu ma règle de conduite.

L'écart dans les dates des certificats est encore une cause fréquente de désaccord, et, en vérité, il faut que le public soit bien léger ou qu'il possède à l'endroit de la folie de singuliers préjugés. Je déposai un jour devant la cour d'assises de la Seine, immédiatement après M. le Dr G. Bergeron, médecin-inspecteur du service des aliénés de la Seine, et je soutins, paraît-il, une opinion diamétralement opposée à celle que venait d'émettre mon honorable confrère. Le président, lorsque j'eus terminé et pendant que j'étais encore à la barre, s'adressa au jury et se donna le malicieux plaisir de rapprocher les deux dépositions et d'en tirer *à priori* quelques conséquences assez peu aimables pour moi. « Avez-vous quelque chose à ajouter à votre déposition, me dit-il? » — Oui, répliquai-je, j'ai à ajouter que j'ai vu un aliéné alcoolisé et dangereux, le lendemain même du crime qui l'amène ici, mais que M. Bergeron n'a pu voir à Mazas qu'un individu guéri. Veuillez relire les pièces médicales : il y a entre elles un écart de soixante et un jours. Est-ce qu'il ne peut pas survenir bien des choses chez un malade, et surtout chez un alcoolisé, dans l'intervalle de soixante et un jours? Nous avons raison tous les deux, M. G. Bergeron et moi. » — C'est juste, reprit le président, après vérification du dossier, je n'avais point du tout songé à cela. » Et l'accusé fut acquitté.

A Paris, le même malade, par suite des contrôles actuels et

de diverses dispositions administratives locales, est vu et interrogé par un certain nombre de médecins. Chaque examen donne lieu à un certificat. Or, j'ai entendu dire que le dossier d'un aliéné était une mosaïque, que les médecins n'étaient point d'accord entre eux et qu'il était vraiment pénible de parcourir tant de pièces disparates concernant le même individu. Je prétends que les différences constatées honorent plus le corps médical aliéniste qu'elles ne le compromettent, qu'elles témoignent d'une excessive bonne foi dans la constatation des symptômes signalés, à la date précise de chaque certificat, et qu'il faut bien peu connaître la folie et les états pathologiques si variables qu'elle peut amener, dans certaines de ses formes, pour faire le procès aux médecins au lieu de l'intenter à l'aliénation elle-même. Il n'y a d'immobile que la routine, et, Dieu soit loué, ce n'est plus chez nous qu'on la trouve. Avec ses sarcasmes contre les médecins, Molière ne gagnerait plus aujourd'hui de quoi vivre !

Un haut fonctionnaire de l'Université, qui, en 1840, avait été atteint d'un accès de manie aiguë et qui avait été placé pendant six ou sept semaines dans une maison de santé, à Paris, fut reçu aux Tuileries par un grand personnage, le 19 mai 1868, et il osa protester avec acrimonie contre la loi qui avait pu permettre sa séquestration momentanée, vingt-huit ans auparavant. Il demanda avec la plus chaleureuse conviction l'abrogation d'une loi aussi attentatoire à la morale, et l'on eut l'extrême bonté de prendre au sérieux ce prétendu apôtre de la liberté individuelle et de lui promettre que le gouvernement allait avant peu remédier à un état de choses qui réclamait évidemment la plus prompte réforme. Le lendemain, le 20 mai, le grand personnage en question causa longtemps avec un médecin de Paris et lui dit entre autres choses : « M. Duruy m'a présenté hier ce pauvre M. G..., qui a été victime d'une erreur. On l'a enfermé comme fou ! Ces choses-là sont bien fâcheuses. » Si je suis bien informé, et je crois l'être, le médecin de Paris aurait répondu : » Sire, j'ai toujours entendu dire que M. G. s'était complétement rétabli et que sa guérison faisait le plus grand honneur à la médecine aliéniste. »

Ainsi donc, l'on ne fait point attention à la date des certificats, et lorsqu'un malade est guéri, tout le monde, depuis le plus petit jusqu'au plus grand, pourra nier que ce malade ait été réellement aliéné! Cette opinion préconçue est indigne de notre

époque et elle pèse lourdement sur nous. Faisons donc des efforts pour que l'on veuille bien reconnaître que la guérison d'un accès de délire maniaque n'est pas une chose moins durable que la guérison d'une pneumonie.

J'en reviens aux folies raisonnantes et je répète que les malades peuvent avoir, à toutes les époques de lour vie, des accidents congestifs graves ou paraissant l'être; que ces sortes de poussées congestives déterminent des phénomènes inquiétants du côté de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de la sensibilité, de la parole et du mouvement; qu'une réparation se fait d'une manière parfois inattendue et peut parfois justifier en apparence les récriminations du malade qui s'est amendé, qui proteste et qui menace d'en appeler à la justice; mais que les accidents congestifs se rapprochent, puis se réparent encore, et qu'un jour enfin la mort arrive subitement par le cerveau. L'observation si complète de Sandon no dépose-t-elle pas en faveur de cette opinion? J'ai pu très-récemment en recueillir un nouvel et frappant exemple, et c'est par ce cas clinique que je terminerai ce trop long discours, qui ne peut trouver une excuse que dans l'attention si bienveillante que vous daignez me prêter depuis plus d'une heure.

Vers 1830, un membre de l'Académie française se jeta dans la Seine, du haut du pont des Arts, à peu près sans motifs. Il laissa un fils, né le 17 mai 1818, et c'est de lui dont il va être question.

A peine âgé de douze ans, A... était déjà bizarre, ingouvernable et très-difficile à fixer. Plus il grandit et plus il causa d'inquiétude et de chagrin à sa mère. Paresseux, mais ayant pour les sciences des aptitudes que l'on trouvait remarquables, il fut admis à l'école navalo et partit pour Brest. On le savait avide de l'Inconnu et amoureux du danger et l'on prédit au futur marin les plus hautes destinées. Mais chassé de l'école pour insubordination, esprit de rébellion et propagande de révolte contre l'autorité, il revint à Paris, étudia le théâtre, essaya de jouer la comédie dans des salons, monta des représentations à domicile, disposa au besoin pour cet objet des tapisseries et des meubles de sa mère, passa son temps à apprendre et à faire répéter des rôles, puis s'affilia à des troupes de spectacles forains et de petits théâtres de la banlieue.

Placé au ministère de l'instruction publique, il s'y montra employé inexact, indocile, fantaisiste, versatile, dépourvu de

sens moral, d'une désinvolture choquante, d'un esprit faux et d'une insociabilité absolue. Il n'y rendit aucun service, fut toujours conservé néanmoins, continua de faire des fugues en province, à la remorque de quelques acteurs et actrices de bas étage, dépensant beaucoup plus que ses revenus et entraîné dans toutes les aventures et tous les écarts de la vie la plus nomade, la plus irrégulière et la plus indigne de son nom et de sa famille.

En 1850, âgé alors de trente-deux ans, il prit tout à coup congé des siens et du ministère de l'instruction publique et partit brusquement pour la Californie. Là, il tenta différents métiers, ne réussit dans aucun, et cessa d'écrire en France. Au bout d'un certain nombre d'années, sa famille finit par apprendre qu'il avait été ordonné prêtre, en 1855, qu'il avait déjà occupé plusieurs cures en Californie, qu'il jouissait d'une très-haute considération, qu'il exerçait une sorte de suprématie ecclésiastique administrative dans le pays qu'il habitait et qu'il allait certainement être appelé à l'évêché de San-Francisco. Il recommença à écrire en France vers 1870 et chaque fois il exigea des envois d'argent. On lui envoya de la sorte plus de vingt mille francs en deux ou trois fois. En 1873, on lui annonça qu'il venait de faire un héritage. Il répondit aussitôt qu'il était très-heureux de pouvoir quitter l'Amérique et il ne tarda pas à arriver à Paris, accompagné d'une femme jeune, à la mise excentrique et aux allures suspectes. L'un de ses parents, médecin distingué à Paris, obtint le retour de la voyageuse à San-Francisco, puis fut frappé des inconséquences et des étrangetés de A... qui, le matin, passait deux heures dans une église où il avait été admis comme prêtre habitué, et le soir, se rendait à l'Opéra, dans des petits théâtres lyriques assez mal fréquentés ou dans des cafés-concerts, avec un costume demi-laïque et demi-ecclésiastique!

Notre honorable collègue, M. Luys, fut appelé, reconnut des signes sérieux d'une affection cérébrale un peu obscure, apprit que le malade avait eu depuis une vingtaine d'années un certain nombre de poussées congestives, sans perte de connaissance et sans convulsions, mais avec hémiplégie temporaire, tantôt à droite et tantôt à gauche, et qu'il se réparait en général assez promptement. Toutefois, M. Luys déclara qu'il n'y avait pas lieu de placer le malade dans une maison de santé.

En 1874, A... avait une conversation habituelle paradoxale, étrange, décousue. Il ne manquait jamais d'insister sur ce fait qu'il jouissait de toute sa raison, qu'il n'avait jamais eu l'esprit troublé et qu'il était heureux de posséder une intelligence élevée, puis il racontait, d'autre part, qu'il s'était toujours tenu au courant, en Californie, des choses du théâtre, par la lecture du journal le *Figaro*, qu'il y avait à Paris des femmes très-belles et très-agréables et que l'on pouvait toujours passer son temps chez elles sans s'ennuyer un seul instant. Ses dépenses furent relativement déraisonnables et son inconduite le conduisit à des excès alcooliques, qui jusque-là n'avaient jamais été remarqués.

Du mois de novembre 1874 au mois de mai 1875, il eut trois congestions cérébrales avec hémiplégie passagère du côté droit et tremblement choréiforme. Dès qu'il était un peu rétabli, il sortait, retournait dans les théâtres et disparaissait quelquefois pendant deux ou trois jours de suite. Il avait alors de l'amnésie et de l'incertitude dans la marche. Il affichait des relations avec une fille perdue, sortait avec elle, demandait et obtenait sans cesse de l'argent et rentrait toujours les poches entièrement vides.

Ne se trouvant pas assez libre, il quitta subitement sa famille au mois de mai 1875 et vint s'installer dans une petite maison de campagne, à Lagny, avec une vieille servante. On apprit bientôt qu'il venait constamment à Paris et qu'il oubliait souvent de rentrer à Lagny.

Le 20 juillet 1875, dans la soirée, A... tomba auprès de la gare du chemin de fer de l'Est et fut porté sans connaissance à l'hôpital Lariboisière. A certaines particularités de ses vêtements, les religieuses qui aidèrent à le déshabiller reconnurent qu'il devait être prêtre. Il fut réclamé et retrouvé par sa famille, soigné en ville, et put repartir chez lui, à Lagny, le 26 août.

Le 23 novembre suivant, à dix heures du matin, A...; sans connaissance et en proie cette fois à des accidents épileptiformes, fut porté d'une maison de la rue La Fayette où il avait passé la nuit, dans un fiacre, avec ordre au cocher de le déposer, à une adresse indiquée, entre les mains de ses parents. Le lendemain, M. le docteur *** nous raconta, à Bicêtre, à M. J. Falret et à moi, toutes les particularités qui précèdent et réclama de nous un conseil. J'allai voir le malade, je portai un pronostic grave, et, en face de l'hémiplégie alterne qui avait été observée, je pensai à une affection probable du bulbe.

La famille confia A... aux soins éclairés de M. Luys, qui consentit cette fois à le recevoir dans la maison de santé d'Ivry.

Le malade trouva encore la possibilité de se réparer partiellement, de reprendre de la force, de lire les journaux et de jouer aux cartes avec ses compagnons. Le 9 janvier 1876, il s'évanouit tout à coup, eut de la déviation de la face, de la contracture généralisée, des secousses convulsives, de la dysphagie, de la respiration stertoreuse d'emblée, de l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales et expira au bout d'une heure. M. Luys, qui était présent, est resté convaincu que A... avait succombé à une hémorrhagie de la protubérance. — L'autopsie n'a point été faite.

De toute l'argumentation qui précède, les conclusions sont celles-ci :

1° Chez les raisonnants, indépendamment des symptômes intellectuels, il existe fréquemment des signes physiques tout à fait caractéristiques;

2° L'examen rétrospectif permet de reconnaître qu'il y a eu, dans un grand nombre de cas, certains troubles passagers de la raison, à l'époque de la puberté;

3° Les raisonnants présentent souvent des anomalies des organes génitaux et des perversions génésiaques de l'ordre le plus inattendu;

4° Ces malades enfin peuvent être frappés dans le cours de leur existence, et n'importe à quel âge, de congestions encéphaliques dont le caractère et la marche n'ont point été suffisamment mis en lumière jusqu'à présent.

La séance est levée à 6 heures.

Dr Boucherbau.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Années 1870-71-72, suite).

Journal de la Société de statistique de Paris.

1° *Statistique médicale de l'armée française en* 1868. (1870, n° 9.)

La proportion des cas d'aliénation mentale dans l'armée française, en 1868, a été de 0.42 pour 1,000 hommes. Les proportions par grades ont été : 1.05 pour 1,000 officiers; 0.72 pour 1,000 sous-officiers et 0.33 pour 1,000 hommes de troupe.

2° *Résultats du recensement de l'empire français en* 1866. (1871-72, n° 1.)

Voici comment M. Legoyt résume dans cet article les documents relatifs à l'aliénation mentale et à l'idiotie.

« On a recensé, en 1866, 50,726 *aliénés*, savoir : 18,734 à domicile et 31,992 dans les asiles; — 39,953 idiots et crétins, dont 35,973 à domicile et 3,980 seulement dans les asiles. Il résulte de ces données que, si la majorité des aliénés (63 p. 100) est traitée dans les asiles, la plus grande partie des idiots (90 p. 100) reste au sein de la famille. — Les aliénés se répartissent par sexe ainsi qu'il suit : 24,190 du sexe masculin et 26,536 du sexe féminin (91 hommes pour 100 femmes). La proportion est renversée pour les idiots : 22,736 hommes et 17,217 femmes (132 hommes pour 100 femmes).

« Le rapport à la population est de 133 aliénés et 105 idiots-crétins pour 100,000 habitants. En 1866, pour la première fois, les aliénés et les idiots-crétins ont été recensés par âge et par état civil, au moins en ce qui concerne les individus recensés à domicile. Voici le rapport des aliénés et idiots, par état civil et par âge, aux habitants (100,000) du même âge et état civil.

		Aliénés.	Idiots et crétins.
Sexe masculin.	Enfants.	8	64
	Célibataires adultes. . . .	135	369
	Mariés.	27	16
	Veufs.	64	32
	Moyennes.	46	109

		Aliénés.	Idiots et crétins.
Sexe féminin.	Enfants.	8	52
	Célibataires adultes. . . .	119	250
	Mariées.	35	14
	Veuves.	70	23
	Moyennes	52	80

« Quoiqu'il ne s'agisse ici que des recensés à domicile, on constate que l'aliénation mentale sévit de préférence sur le sexe féminin, et l'idiotie sur le sexe masculin. Le plus grand nombre des aliénés se trouve dans la catégorie des célibataires adultes et dans celle des veufs, le plus petit nombre parmi les mariés et surtout parmi les enfants ; les maladies mentales paraissent être fort rares aux premiers âges de la vie. Il n'en est pas de même de l'idiotie. Quoiqu'elle frappe de préférence les célibataires adultes (!), elle sévit également avec intensité sur l'enfance. On compte peu d'idiots mariés, surtout dans le sexe féminin ; mais les veufs, sans distinction de sexe, payent un certain tribut à cette infirmité. »

Voilà comment on interprète les documents statistiques quand on veut parler de questions qu'on ne connaît pas; ainsi, d'après M. Legoyt, l'idiotie frapperait surtout les célibataires adultes et les veufs !

3° *Mouvement de l'aliénation mentale dans les asiles publics et privés de* 1854 *à* 1860. (1871-72, n° 3.)

Bien que les documents analysés dans cet article remontent à une époque déjà bien reculée, et que j'en aie publié de plus récents (1), je crois devoir en reproduire ici quelques-uns.

A. *Nombre des établissements*. A la fin de 1860, le nombre des établissements consacrés au traitement des aliénés dans les 86 anciens départements de la France, s'élevait à 99, dont 57 asiles publics et 42 privés, c'est 3 de plus qu'en 1854. Sur ces 99 asiles, 10 étaient spécialement affectés aux hommes, 16 aux femmes ; les autres étaient communs aux deux sexes, 26 départements étaient dépourvus d'asiles.

B. *Population des asiles*. — La population des asiles d'aliénés n'a pas cessé de s'accroître depuis 1835, date des premiers renseignements recueillis. De 10,539 en traitement au 1er janvier 1855, le nombre des malades s'est élevé progressivement à 30,239 en 1861.

(1) L. Lunier. *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses Causes* ; Paris. 1870.

Le total de l'accroissement dans cette période de 26 années est de 19,700, soit 750 en moyenne par an. C'est, par rapport au nombre primitif, une augmentation de 187 p. 100. Toutefois ce mouvement progressif tend à se modérer. C'est ainsi que, de la période 1836-1841 à la période la plus récente (1856-1861), l'accroissement annuel est descendu de 5.04 à 3.14 p. 100. Il y a donc lieu de prévoir le moment où la population de nos asiles pourrait au moins devenir stationnaire.

« Il ne faudrait pas croire que l'accroissement des aliénés en traitement dans nos asiles a correspondu à un accroissement de l'aliénation mentale en France. Il a eu pour cause principale ce fait qu'un très-grand nombre de malades qui, faute d'établissements curatifs spéciaux, restaient autrefois au sein de la famille, ont été admis dans les asiles successivement ouverts.

« Au point de vue de la nature de leur infirmité, les malades en traitement, le 1er janvier 1861, se classaient comme il suit :

« 26,450 fous, 3,746 idiots et 43 crétins.

« En cinq ans, le nombre des fous en traitement s'est accru de 14 p. 100, et celui des idiots de 32 p. 100.

« Calculée sur la moyenne des 6 dernières années, la proportion des femmes est de 51.90 et celle des hommes de 48.10 seulement pour 100 malades. Cette disproportion des deux sexes est très-remarquable, surtout quand on songe que les hommes entrent en plus grand nombre dans les asiles. Elle s'explique toutefois par le fait que les femmes y font un séjour plus prolongé.

« La supériorité numérique du sexe féminin ne se constate d'ailleurs que dans la catégorie des fous, où l'on compte 59 femmes pour 41 hommes. Dans la catégorie des idiots, les hommes dépassent, au contraire, les femmes dans la proportion de 51 à 49. »

C. *Chances de guérison.* Sur les aliénés existant dans les asiles le 1er janvier 1861, il y en avait 4999 de présumés curables et 20,648 de présumés incurables.

D. *Aliénés selon la nature des asiles.* Le nombre des aliénés en traitement le 1er janvier 1861 s'élevait à 30,239, dont 15,470 (ou 51 pour 100) traités dans les asiles appartenant à l'État ou aux départements, 7,026 (23 pour 100) dans les quartiers d'hospice, et 7,743 (26 pour 100) dans les établissements privés. Au 1er janvier 1853, ces proportions étaient respectivement 49,30 et 24 pour 100 : l'augmentation s'est donc produite uniquement dans les asiles publics et privés.

D. *Recensement des aliénés, en 1861, dans les asiles et à do*

micile. — « A l'occasion du dénombrement de la population en 1861, on a recensé le nombre total des aliénés existant en France. Or, à cette époque, on comptait dans les 89 départements 82,214 insensés, dont 53,160 à domicile et 31,054 dans les asiles. Il y aurait donc eu, dans notre pays, 1 insensé sur 444 individus, ou un peu plus de 2 sur 1,000 habitants. Le nombre des fous proprement dits était de 42,689; celui des idiots-crétins, de 41,525. Sur les 42,689 aliénés, 27,425, ou les trois cinquièmes, étaient traités dans les asiles; sur les 41,525 idiots-crétins, 37,896 vivaient au sein de la famille, où ils ne recevaient très-probablement aucune assistance médicale.

« Parmi les idiots on trouve plus d'hommes que de femmes, dans la proportion de 23 à 18, ou 128 p. 100, et parmi les fous, comme nous l'avons déjà constaté pour les asiles, plus de femmes que d'hommes, dans la proportion de 22 à 20, ou 111 p. 100. »

E. *Mouvement annuel à l'entrée et à la sortie; admissions*. — Nous résumons dans le tableau ci-après, pour les 5 dernières années, le mouvement à l'*entrée* des diverses catégories de malades traités dans les asiles, tant publics que privés.

		Présents au 1er janvier.		
		Fous.	Idiots et crétins	Total.
1856.		22,602	2,883	25,485
1857.		23,283	3,022	26,305
1858.		23,851	3,177	27,028
1859.		24,395	3,483	27,878
1860.		25,147	3,614	28,761
Moyennes	Sexe masculin.	11,346	1,663	13,009
	Sexe féminin..	12,509	1,573	14,082
	Totaux.....	23,855	3,236	27,091

		Admis dans l'année.		
1856.		8,639	607	9,246
1857.		9,195	829	10,024
1858.		9,375	939	10,314
1859.		9,467	619	10,086
1860.		10,089	696	10,785
Moyennes	Sexe masculin.	4,884	392	5,276
	Sexe féminin..	4,469	346	4,815
	Totaux.....	9,353	738	10,091

		Total des traités.		
1856.		31,241	3,490	34,731
1857.		32,478	3,851	36,329
1858.		33,226	4,116	37,342
1859.		33,862	4,102	37,964
1860.		35,236	4,310	39,546
Moyennes	Sexe masculin.	16,230	2,055	18,285
	Sexe féminin..	16,978	1,919	18,897
	Totaux... ..	33,208	3,974	37,182

D'après ce tableau, le nombre annuel des insensés traités dans les asiles s'est élevé, en 5 ans, de 34,731 à 39,546. L'augmentation a porté à la fois sur la population au 1er janvier, et sur les admissions de chaque catégorie.

En ce qui regarde les *admissions*, leur proportion n'a pas cessé de s'accroître; mais, ainsi que nous l'avons observé pour la population des asiles, le taux de cet accroissement s'est affaibli sensiblement. Il avait été de 7.94 de 1835 à 1839; il est descendu, dans la période 1855-1866, à 2 p. 100. On trouve, dans cette diminution graduelle, la preuve manifeste que l'accroissement, si considérable au début, des admissions est un fait absolument temporaire et s'explique, en grande partie, par l'action bienfaisante de la loi du 30 juin 1838, qui a rendu obligatoire pour chaque département le traitement de ses aliénés indigents. De là la construction de nouveaux asiles, et l'agrandissement, l'amélioration des anciens. La moyenne annuelle des admissions a été, pour les 5 années, de 9,353 fous, 727 idiots et 11 crétins. En d'autres termes, par 100 malades admis, il y a eu 92 fous, 7 idiots et 1 crétin.

F. *Admissions par sexe.* — « Si l'on examine les admissions par *sexe*, on trouve que les asiles ont reçu, en moyenne, 110 hommes pour 100 femmes, ou 109 pour les fous et 113 pour les idiots-crétins. Cette dispropertion, constatée depuis l'origine des recherches faites sur ce point, appelle l'attention; elle exclut en effet l'idée émise par plusieurs aliénistes d'une prédisposition de la femme à la folie. — Répétons que, si la population féminine des asiles est plus considérable que celle de l'autre sexe, ce fait doit être attribué à un prolongement de séjour dans ces établissements, en d'autres termes, à une moindre mortalité. Le séjour moyen des femmes à l'asile atteint, en effet, 9 mois et 5 jours, tandis que celui des hommes n'est que de 8 mois et 20 jours. »

G. *Age des aliénés.* — Les aliénés admis pour la première

fois de 1856 à 1860 ont été classés par âge. En les rapportant à la population générale, classée également par âge, on constate que la folie ne se manifeste guère qu'après la vingtième année, et qu'elle devient ensuite de plus en plus fréquente jusqu'à 40 ans, marchant pour ainsi dire parallèlement au développement de la raison. A partir de 40 ans, le nombre proportionnel des cas de folie va graduellement en diminuant jusqu'aux limites de la vie. — A tous les âges, sauf toutefois aux âges extrêmes de la vie, qui paraissent plus particulièrement défavorables à la femme, c'est le sexe masculin qui offre le plus d'aliénés. Pour les deux sexes, le maximum des cas de folie se trouve entre 30 et 40 ans.

H. *État civil des aliénés.* — Le nombre proportionnel des célibataires reçus dans les asiles s'est élevé, pour les 5 années, à 17,169, et celui des mariés à 14,402. C'est 1 célibataire admis pour 2,707 habitants célibataires et 1 marié pour 4,937 habitants mariés. Les célibataires excèdent donc de près de 50 p. 100 la proportion des mariés. Faut-il conclure de cette différence énorme que le célibataire, généralement privé des soins, des consolations de la famille, supporte moins bien les épreuves de la vie, ou que les célibataires frappés de folie n'ont d'autre refuge possible que les asiles? Les deux motifs ont dû contribuer à ce résultat.

I. Voici quelle a été de 1856 à 1860 la proportion des décès par rapport au chiffre des aliénés traités.

		Décès.	Prop. pour 100 mal. traités.
1856		3.602	10.66
1857		3.871	10.66
1858		3.785	10.14
1859		4.758	9.90
1860		3.719	9.40
Moyennes annuelles.	Hommes...	2.037	11.08
	Femmes ...	1.709	9.04
	Deux sexes.	3.746	10.07

Nous nous en tiendrons à ces chiffres, les seuls qui nous paraissent avoir quelque valeur, au moins comme terme de comparaison.

Journal de médecine de Bordeaux.

Rapport médico-légal sur un condamné offrant des prédispositions à l'aliénation mentale et des anomalies morales; obtention de sa grâce; par M. le Dr Dubiau (janvier 1870).

Le jeune homme, qui fait le sujet de ce rapport, avait été compromis dans les troubles qui éclatèrent à Bordeaux en mars 1867,

l'occasion de la révision de la garde mobile. Comme il avait d'excellents antécédents, que son père avait été aliéné et qu'il y avait dans son existence des faits bizarres et inexplicables, on s'intéressa à lui et M. Duhiau fut chargé d'examiner son état mental. Voici quelles furent les conclusions de son rapport :

Le jeune Cazeaux n'offre présentement auoun symptôme d'aliénation mentale.

Mais son tempérament éminemment nerveux, les troubles nerveux qu'il présente, sa grande susceptibilité à l'endroit des boissons, les emportements exagérés de son caractère, certaines bizarreries, son facile entraînement, les impulsions instinctives qui déterminent certains de ses actes, trahissent chez lui une prédisposition marquée à l'aliénation mentale.

Cette prédisposition amoindrit sa liberté morale et diminue par conséquent sa responsabilité.

Marseille médical.

1° *Du retour à la raison chez certains déments, pendant les dernières heures de la vie*; par M. P. Despine (mai 1870).

Ce retour à la raison n'est pas aussi complet qu'on a bien voulu le dire ; mais il est suffisant pour que le malade puisse émettre des idées suivies et parler raisonnablement. Les explications qu'on a données jusqu'ici de ce phénomène sont peu satisfaisantes. M. Despine serait disposé à y voir une application de la loi formulée en ces termes par M. Claude Bernard : « Quand un élément histologique meurt ou tend à mourir, son irritabilité, avant de diminuer, commence par augmenter, et ce n'est qu'après cette exaltation primitive qu'elle redescend et s'éteint progressivement. » L'hypothèse de M. Despine, d'ailleurs fort ingénieuse, est plus admissible dans tous les cas que celles qui ont été données jusqu'ici d'un phénomène, qui doit du reste être considéré comme exceptionnel.

2° *Du cancer de l'encéphale ; observation* ; par M. J. Roux (déc. 1870).

La lésion, diagnostiquée pendant la vie, consistait notamment en deux noyaux très-durs, d'une substance grisâtre, siégeant à la surface du lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau.

3° *De l'imitation considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent* ; par M. P. Despine (mars et avril 1871).

Cet excellent travail n'est pas susceptible d'analyse.

4° *Les doctrines médicales en présence de la folie;* par M. le Dr A. Favre (octobre et novembre 1871).

Pour M. Favre l'étude de l'aliénation mentale doit être une œuvre non pas de psychologie, mais de nosologie, laquelle repose sur deux principes : celui de la généralisation et celui de la spécificité. C'est d'après ces principes, sanctionnés par l'observation clinique, qu'il divise les cas de folie en deux catégories :

En premier lieu, la folie-maladie, la folie essentielle, dans laquelle le trouble morbide peut porter seulement sur les fonctions intellectuelles de l'homme.

En second lieu, la folie affection, qui n'est qu'une fraction de maladie, ou qu'une manifestation des maladies constitutionnelles ; classe extrêmement intéressante, qui comprend les folies dartreuses et rhumatismales.

Cette division est importante surtout au point de vue des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre.

Dr L. Lunier.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie.
(Année 1873, suite et fin).

8. *Sur la genèse du délire.* — Dr Flemming.

La critique, cette arme si facile entre les mains du premier venu, n'avait point, paraît-il, fait grâce au livre de M. Flemming sur la pathologie et la thérapie des psychoses. On reprochait à l'auteur d'avoir fait trop bon marché de l'élément psychique, dans la symptomatologie des affections mentales, d'avoir construit son édifice avec du ciment trop exclusivement somatique. Et pourtant, quand il s'agit de folie, peut-on parler d'une déviation anormale de l'activité de l'âme ; la folie n'est-elle pas, en réalité, un effet, un symptôme d'un état morbido organique? Toutes les écoles qui envisageront la folie au point de vue psychologique feront fausse route ; elles travailleront dans le vide.

C'est ainsi que, quinze ans après la publication de son livre, M. Flemming croit devoir affirmer avec plus de force et de conviction la doctrine somatique dans l'étude des maladies

mentales. C'est en se plaçant à ce point de vue qu'il traite du délire, chapitre très-complet et très-étendu à ajouter à l'ouvrage de la pathologie et de la thérapie des psychoses. Mais l'auteur a soin de nous en avertir : cette longue étude physiologique ne peut être pour nous que d'un mince profit : elle ne fait que reproduire quelques axiomes pathologiques déjà connus ; elle en redresse ou en modifie quelques autres, et, en fin de compte, ne nous donne rien de bien inédit. Prenant M. Flemming au mot, nous pensons pouvoir nous abstenir d'une analyse qui nous mènerait d'ailleurs trop loin, et nous nous bornerons à renvoyer à ce travail les lecteurs qui auront la patience, pour nous servir des termes mêmes de l'auteur, de le suivre dans la longue route qu'il parcourt.

9. *Au sujet de la localisation des fonctions du cerveau.* — Dr R. Lœchner à Klingenmunster.

Un homme de 36 ans, atteint du délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe et impulsions suicides, se tire un coup de pistolet à la tête. La balle, qui ne fait qu'effleurer le frontal, occasionne cependant une fissure de cet os et des lésions graves consécutives, pachyméningite externe et interne, accumulation de pus sur la dure-mère, abcès de la deuxième circonvolution frontale gauche. M. Lœchner, rapprochant les lésions trouvées à l'autopsie des phénomènes morbides observés du vivant du malade (hémiplégie, aphasie, convulsions du côté paralysé, etc.), reconstruit avec soin toute l'histoire anatomo-physiologique de la maladie. Son observation, qui est d'un grand intérêt au point vue pathologique, anatomique, physiologique et chirurgical, et qui peut jeter quelque lumière sur le champ encore si obscur de la localisation des fonctions du cerveau, est à joindre aux différents cas publiés par Th. Simon. (*Berliner Klinischen Wochenschrift.* 1873, nos 4 et 5), par Wernher (*Virchow's Archiv.* Bd 56, Heft 6), et par Hitzig (*Archiv. für Psychiatrie*, Bd 3, Heft 2).

10. *De la réaction du système nerveux et musculaire des aliénés contre l'électricité.* — Dr Tigges.

Ce travail n'est pas susceptible d'analyse.

Dr Hildenbrand.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude clinique sur le délire alcoolique, par le Dr J. L. Prévost, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Genève. Genève, H. Georg, 1875.

Étude clinique très-intéressante portant sur un total de 78 cas de délire alcoolique (73 hommes et 5 femmes) admis, pendant une année, à l'hôpital cantonal de Genève. Le docteur Prévost divise ses malades en quatre classes :

1° Délire alcoolique simple sans complications organopathiques appréciables; tremblement de la langue et des extrémités, délire général, hallucinations (delirium tremens).

2° Absinthisme, prédominance de l'absinthe comme cause morbifique, délire compliqué d'accès épileptiformes bien caractérisés, mais sans antécédents épileptiques soit chez l'individu lui-même, soit dans sa famille.

3° Congestions hépatiques fébriles ; quatre cas qui font la transition entre les cas de delirium simple et d'absinthisme, et ceux de maladies aiguës mieux déterminées et compliquées de delirium tremens; comme symptômes spéciaux : tuméfaction douloureuse du foie et ictère.

4° Maladies aiguës. Pneumonie (20 cas), typhus, érysipèle, rhumatisme aigu, bronchite, etc.

« Un des caractères, dit le Dr Prévost, qui frappe immédiatement l'attention quand on considère d'une manière générale les maladies aiguës chez les alcooliques, c'est l'analogie qu'elles présentent au point de vue de leur marche, de leur forme, de leur pronostic avec celles que l'on observe chez les vieillards.

On peut à juste titre considérer l'alcool comme produisant une vieillesse anticipée et accélérée de bien des années.....; » le phénomène est attribué par lui, avec raison, à l'altération athéromateuse des artères.

Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de l'observation clinique et nous nous bornerons à insister sur le côté le plus important, celui qui, au point de vue de la pratique, domine tous les autres : l'application du non-restraint dans le traitement. Des 78 malades du Dr Prévost, un seul a dû être mis

en camisole (il se fracassait la tête contre le plancher croyant « piquer des têtes » au bain) ; chez tous les autres, on a pu s'en passer. Si le malade est agité, qu'il s'agisse d'un délire simple ou d'un délire compliquant une maladie aigue, il est placé dans une cellule garnie de bois, dont tous les angles ont été rabattus et meublée uniquement d'un matelas. « Les malades les plus agités, dit l'auteur, laissés libres dans les cellules garnies n'ont point éprouvé d'accidents graves et l'agitation même a été une cause d'élimination du poison. » On peut d'ailleurs, si la cellule garnie de bois ne suffit pas, faire usage d'une cellule matelassée ou encore du maillot de Magnan.

Quant au traitement médical proprement dit, le Dr Prévost limite de plus en plus l'usage de l'opium et du chloral pour leur substituer les toniques et même les excitants : ainsi alcool (avec quelque peu de laudanum) et quinquina ; enfin le malade prend chaque jour un bain tiède.

Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants (1), car sur 78 cas, 63 se sont terminés par la guérison, et encore faut-il bien remarquer que huit étaient déjà à l'agonie lors de leur admission à l'hôpital.

Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Frankreich und Deutschland, par le M. Dr de Krafft-Ebing. Stuttgart, F. Enke, 1875.

Ce nouvel ouvrage de l'infatigable auteur allemand est la paraphrase de son traité de *La responsabilité criminelle et de la capacité civile dans les états de trouble intellectuel*, que les lecteurs des *Annales* connaissent déjà. Le cadre est ici non-seulement plus étendu, mais beaucoup plus rempli, le sujet étant traité avec infiniment plus de détails et élucidé au moyen d'observations bien choisies. Nous retrouvons dans ce livre les qualités éminentes de style du professeur de Graz, et plusieurs de ses chapitres sont de véritables leçons de clinique. On lira en particulier avec intérêt ceux qui traitent des arrêts dans le développement intellectuel et des dégénérescences psychiques.

Le côté législatif et légal est traité avec le plus grand soin

(1) Dernièrement un auteur allemand, le Dr de Krafft-Ebing indiquait les cas de mort dans les psychoses alcooliques comme atteignant parfois 35 0/0 et même 50 0/0 (d'après Rose), lorsqu'il existe des complications organiques. (Dr C.).

l'auteur étudiant simultanément et comparativement les législations française, allemande et autrichienne dans tous les points qui se rapportent de près ou de loin aux aliénés.

Cet ouvrage, comme la plupart des précédents du même auteur, ne s'adresse pas seulement aux aliénistes, mais bien encore au juriste et au médecin praticien, et tous ceux pour lesquels la langue allemande n'est pas un empêchement, le liront, nous n'en doutons pas, avec un véritable intérêt et le consulteront toujours avec fruit.

Les asiles et la Colonie de Bendorf-Sayn, près Coblenz, par le Dr Brosius, directeur. Berlin, Hirschwald, 1875.

Les asiles privés de Bendorf et Sayn — deux établissements distants l'un de l'autre d'environ un kilomètre, mais placés sous la même direction — ont reçu jusqu'à la fin de 1874, 243 malades, dont 132 déjà incurables et 111 présumés curables ; il y a eu 61 guérisons, soit 55 % du chiffre des curables ou 25 % du nombre total.— Les maisons particulières situées dans le voisinage des asiles reçoivent des malades convalescents, incurables tranquilles, ou formes primaires légères qui, tout en participant à la vie de famille et en jouissant d'une grande liberté, bénéficient sous la direction du Dr Brosius, des avantages médicaux et de surveillance qui résultent de la proximité des asiles proprement dits ; c'est bien, on le voit, un genre de colonie.

Dr Chatelain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

La vie et ses attributs dans leurs rapports avec la philosophie et la médecine ; par M. E. Bouchut; 2e édition, revue et corrigée; Paris, 1876, 1 vol. in-18 jésus de 450 p.; prix 4, 50, chez J. B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille.

— Twentieth annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton, Boston 1876.

— Report of the Pensylvania hospital for the insane for the year 1875; par M. Dr Th. Kirkbride; Philadelphic, 1876.

— Importanza dell insegnamento clinico della psichiatrica ; Prelezione fatta nell instituto di studii superiori in Firenzi; par M. le Prof. Francesco Bini; Milan, 1876.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Assemblée générale du 24 avril 1876. — Présidence de M. Baillarger.

L'assemblée s'est tenue comme les années précédentes, au domicile du président, 8, rue de l'Université.

M. le Dr Falret fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Labitte, et déclare qu'après examen il a trouvé les comptes exacts et toutes les pièces justificatives régulièrement établies.

M. le Président donne communication de deux lettres par lesquelles on lui annonce :

1° Que le ministre de l'intérieur continue à l'Association la subvention de 1,500 fr. qu'il lui avait accordée les années précédentes ;

2° Que le département de la Seine accorde à la Société une allocation de 1,000 fr.

L'Assemblée décide à l'unanimité que des remercîments seront adressés à M. le ministre de l'intérieur et à M. le préfet de la Seine.

M. le président donne la parole à M. Milivié, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

Messieurs,

Pour me conformer à l'article 19 de nos statuts, je vais avoir l'honneur de vous lire le compte rendu annuel de la situation morale et financière de notre Association. Pas n'est besoin d'insister longuement auprès de vous sur ses avantages ; après dix années d'existence, notre œuvre est connue et appréciée de tous, son fonctionnement régulier prouve sa vitalité, les demandes qui vous sont annuellement adressées établissent la confiance et les espérances qu'elle inspire, et s'il m'était permis de mettre sous vos yeux la correspondance à laquelle elle donne lieu, vous verriez, avec quelle reconnaissance nos secours sont reçus. Nous n'avons donc, Messieurs, qu'à continuer ; mais pour la maintenir dans l'état de prospérité où elle est, et pour nous permettre de pourvoir aux nouveaux besoins qui peuvent surgir, il faut que nous soyons

tous ses apôtres, faisant chacun des recrues nouvelles. Dans l'armée de la charité, les gros effectifs, loin de grever le budget, font les finances prospères et bien équilibrées.

Nous dirons un dernier adieu aux membres que la mort a pour jamais séparés de nous.

Ces pertes sont au nombre de quatre ?

Le docteur Bès de Berc, directeur-médecin en retraite, membre sociétaire depuis la fondation de l'Association, décédé en 1875;

Le docteur Burin, médecin en chef de l'asile de la Celletle, membre sociétaire depuis 1867, décédé en 1875.

Le docteur Mérier, successivement médecin des asiles de Pontorson, Blois, Saint-Dizier, Maréville, Fains et Armentières, membre fondateur de l'Association depuis 1867, décédé à Blois, le 11 janvier 1876, après trente années de services consacrés aux aliénés.

Le docteur Bulard, décédé à Bordeaux, le 16 janvier 1876, après avoir été médecin des asiles de Saint-Yon, Maréville, Bailleul, et en dernier lieu à Bordeaux, membre fondateur de l'Association depuis 1867.

Telles sont, Messieurs, les pertes que nous avons à déplorer ; je ne vous parlerai pas des autres titres qui recommandaient ces honorables confrères à l'estime publique, titres qui ont été rappelés par des voix plus autorisées que la mienne dans les localités qui ont été les témoins de ces vies de labeur, consacrées tout entières au soulagement de la plus cruelle des infortunes. Nous ne pouvons que nous associer aux témoignages de sympathie et aux paroles de regrets déposés sur la tombe de ces estimables collègues.

Nous avons de plus reçu la démission de trois membres fondateurs, MM. Giraud père, Pain et Brasseur.

Ces pertes laisseraient à 115 le nombre des membres de l'Association ; mais nous avons la satisfaction de vous annoncer 6 adhésions nouvelles :

MM. Mordret, Colard, Parant et Goujon, comme membres fondateurs; Cullerre et Taguet, comme sociétaires ; ce qui porte notre effectif à 121 ainsi décomposé :

Membres fondateurs.	56
Membres sociétaires.	62
Membres honoraires.	3
Total.	121

Les recettes ont atteint en 1875 le chiffre de 7,457 fr. et sont ainsi réparties :

Cotisations.	3.235 fr.
Subvention ministérielle.	1.500
Souscriptions d'asiles	950
Intérêts de capitaux.	1.772
	7.457 fr.

Ces chiffres vous indiquent, Messieurs, une augmentation dans les souscriptions des asiles, due au nouveau concours des asiles de Prémontré et d'Armentières ; espérons que ce bon exemple sera suivi ; que les administrations départementales et les conseils généraux mieux informés du but de notre œuvre, n'hésiteront plus à y souscrire. Nous ne pouvons que recommander notre cause aux médecins-directeurs, qui, sur les lieux mêmes, la plaideront plus efficacement que nous.

Les 2 adhésions nouvelles portent le nombre des asiles souscripteurs à 12, à savoir :

Asile de Dôle.	100 fr.
— de Mont-de-Vergnes.	100
— d'Aix.	50
— Saint-Dizier.	50
— Quatre-Mares.	100
— Saint-Yon.	100
— La Roche-Gandon.	100
— Saint-Lizier.	50
— Auxerre.	100
— Prémontré.	100
— Armentières.	100
Total.	950 fr.

Les dépenses et achats de valeurs de l'exercice 1875 se montent à la somme de 7.960 fr. 85 c., se décomposant ainsi :

Secours à deux veuves de fonctionnaires ayant appartenu au service des aliénés.	1.050 fr.	» c.
Secours à un médecin directeur honoraire.	600	»
Secours à cinq veuves des membres fondateurs.	1.950	»
Secours à un ancien médecin d'asile. . .	200	»
Frais d'administration.	51	90
A reporter.	3.851	90

Report.	3.851	90
Placement de fonds, achat d'un titre de rente 5 p. 100 de 200 fr.	4.108	95
Total..	7.950 fr.	85 c.

Ce nouveau placement de fonds porte le capital placé au chiffre total de 35.533 fr. 20 c., calculé au prix d'achat, savoir :

5 titres de rente 5 p. 100 do 650.	17.505 fr.	20 c.
2 titres de rente 3 p. 100 de 160.	3.243	55
43 obligations du Midi.	13.465	80
4 obligations de Lyon.	1.318	65
	35.533 fr.	20 c.

A cette somme il faut ajouter au 31 décembre 1875 :

Sommes à recouvrer pour	1874. .	70	395	»
— —	1875. .	325		
		395		
Total.			35.928 fr.	20 c.

La presque totalité des sommes à recouvrer est actuellement rentrée.

D'après les tableaux ci-après, vous voyez, Messieurs, que depuis notre fondation, nous avons pu distribuer en secours 21.200 fr., somme assurément minime, en présence des besoins auxquels nous aurions voulu subvenir, mais importante si nous tenons compte de la date de notre création, des ressources mises à notre disposition et des réserves qu'une sage prévoyance impose pour assurer l'avenir.

Le chiffre des recettes pour l'année courante peut s'évaluer approximativement et au minimum à 8,760 fr., savoir :

Cotisations.	3.200 fr.
Souscriptions d'asiles..	950
Allocation ministérielle. :	1.500
Allocation du département de la Seine.	1.000
Intérêts de capitaux.	1.800
	8.450

Récapitulation des recettes de 1865 à 1876

ANNÉES.	COTISATIONS.	SOUSCRIPTIONS des asfles allocations ministér.	DONS plus-value de valeurs remboursées,	INTÉRÊTS rachat de cotisations. des capitaux.	TOTAL.
	fr.	fr.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1865 et 1866	5.800			58 40	5.858 40
1867.....	3.630	100	1.375 »»	243 55	5.348 55
1868.....	3.590	875		377 30	4.842 30
1869.....	3.600	650		530 15	4.780 15
1870.....	3.664	725		638 65	5.027 65
1871.....	3.405 (1)	650		723 60	4.778 60
1872.....	3.370 (1)	1.200		784 75	5.354 75
1873.....	3.380 (1)	2.150		1.001 45	6.571 45
1874.....	3.335 (2)	2.250	1.404 75	1.486 »»	8.475 75
1875.....	3.235 (2)	2.450		1.772 »»	7.457 »»
Total...	37.009	11.050	2.779 75	7.615 85	58.454 60

(1) Déduction faite des non-valeurs.
(2) Y compris les restes à recouvrer.

Récapitulation des dépenses de 1865 à 1876.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS D'ADMINISTRATION.	TOTAUX.
	fr.	fr. c.	fr. c.
1865 et 1866	650	146 50	796 50
1867.....	1.550	64 45	1.614 45
1868.....	1.950	144 40	2.094 40
1869.....	1.500	51 70	1.551 70
1870.....	1.300	51 10	1.351 10
1871.....	1.800	66 60	1.866 60
1872.....	2.200	78 65	2.278 65
1873.....	3 200	147 30	3.347 30
1874.....	3.250	74.65	3.324 65
1875.....	3.800	51.90	3.851 90
Total...	21.200	877.25	22.077 25

Sur cette somme, conformément à l'article 16 des statuts nous pouvons distribuer en secours 5.800 fr.

Le conseil s'est régulièrement assemblé aux époques réglementaires, et, dans ses dernières séances, après avoir scrupuleusement examiné les demandes qui lui ont été adressées, et s'être éclairé de tous les renseignements qui pouvaient les justifier, il a alloué sur l'exercice 1876 :

A un médecin-directeur honoraire et membre fondateur.	600
A quatre veuves d'anciens médecins d'asiles, membres fondateurs.	1.850
	2.450

Ces secours donnés laissent une somme disponible de 3.350 fr., sur laquelle le conseil a décidé de vous proposer :

1° La continuation des secours de 600 et de 200 francs que vous avez accordés depuis votre fondation à deux veuves de fonctionnaires du service des aliénés, qui ne faisaient pas partie de l'Association ;

2° La faculté d'augmenter de 200 fr. le premier de ces secours, si d'ici la fin de l'année le conseil le juge nécessaire ;

2° L'allocation d'un secours de 100 fr. à un ancien interne de Charenton;

4° Un autre secours de 50 fr. à un ancien interne d'asile.

Ces propositions sont votées à l'unanimité.

M. le Président : Par application de l'article 9 des statuts, nous devons procéder au renouvellement partiel du conseil.

Les membres sortants et rééligibles sont :

MM. Mesnet, Rousselin, Moreau (de Tours), Trélat et Semelaigne.

Le scrutin donne à MM. Mesnet, 11 voix ; Rousselin, 10 voix ; Moreau, 11 voix; Billod, 9 ; Semelaigne, 11.

La séance est levée à 4 1/4.

VARIÉTÉS.

Nominations et promotions.

Arrêté du 22 mars 1876. M. le Dr Christian, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin de la section des hommes de l'asile de Maréville, en remplacement de M. le Dr Sisteray, nommé à Bordeaux.

— *Arrêtés du 25 mars* 1876. M. le Dr Guérineau, directeur-médecin de l'asile de Blois, est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.)

M. Icard, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est promu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.)

— *Arrêté du 27 mars* 1876. M. le Dr Doutrebente, ancien interne des asiles de Tours, St-Yon et Charenton, est nommé médecin adjoint de l'asile de Montdevergues.

— *Arrêté du 27 mars* 1876. M. le Dr Taguet, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la 2e classe de son grade (2,500 fr.)

—M. le Dr Buchnill, inspecteur général des aliénés près le lord chancelier, a résigné ses fonctions et a été remplacé à partir du 1er janvier 1876, par M. le Dr Crichton Browne, médecin de l'asile de West Riding.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a reçu pour les prix de 1876 la série des ouvrages suivants :

— *Prix Civrieux. — Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie.* Deux mémoires ont été envoyés ; ils portent les épigraphes suivantes :

N 1. « Quod potui, sed non quod voluerim. »

N. 2. « L'évolution ou l'aggravation de la glycosurie sous l'influence de vifs et profonds chagrins est un fait clinique dont je vérifie presque journellement la vérité (Bouchardat).

—*Prix Saint-Lager* (V. *Annales méd. psych.* 1874, t. XI p. 328).

—*Prix Falret. — De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie* ; les trois mémoires reçus portent les épigraphes suivantes :

N° 1. « Vita brevis, ars longa, judicium difficile. »

N° 2. « Ne mea dona, tibi studio dispota fideli, intellecta priusquam sint, eomtempta relinquas » (Lucrèce).

N° 3. « Melius est sistere quam progredi per tenebras. »

PRIX ET RÉCOMPENSE DE LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE.

La Société française de Tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 mars, sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Institut.

Après avoir entendu le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, les rapports de MM. Motet et Riant sur le concours de 1876 et celui de M. Roturcau sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Antony Roulliet, avocat à Paris, une médaille d'argent et deux récompenses de 600 fr. et 300 fr.; à MM. les Dr Coustan, à Douai et Gibert, à Marseille, des médailles d'argent et des récompenses de 500 fr. et de 200 fr.; à M. Blanc, ouvrier typographe, à Charenton, une médaille d'argent et une récompense de 400 fr.; et à MM. les Drs Dujardin-Beaumetz et Audigé, un encouragement de 500 fr. La Société a décerné en outre 8 médailles d'argent, 219 médailles de bronze et 31 livrets de caisse d'épargne de 25 à 50 fr. soit ensemble 4,315 fr. Voici les récompenses qui ont été accordées au personnel des asiles d'Aliénés :

Asile de Châlons. — M. Colas (Joseph) surveillant en chef, médaille d'argent; M. Finance (Constant), infirmier de 1er classe, médaille de bronze.

Asile de Montdevergues. — M. David (Alexandre), garde-magasins, médaille de bronze et 25 fr.; MM. Guiramand (Auguste), concierge, Moulet (Jean), gardien et Rochas (Joseph), porruquier, médaillos de bronze.

Asile de Marseille. — M. Champain (Jean-Baptiste-Barthélemy-François), ancien jardinier en chef, reposant, médaille de bronze et 25 fr.

Asile d'Auxerre. — Chevallier (Nicolas), commis d'économat, médaille d'argent.

Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire. — M. Barrault (Pierre), infirmier, médaille de bronze.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE.

Prix à décerner en 1877.

1re *question.* — Déterminer à l'aide d'analyses chimiques répétées, sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

Le prix sera de 2,000 fr.

2e *question.* — Est il possible de distinguer positivement, par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin, ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance?

Le prix sera de 1,000 fr.

3e *question.* — Etude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers Etats de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la lé-

gisiation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Le prix sera de 1,000 fr.

Prix à décerner en 1878.

1re *question*. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine.

Le prix sera de 2,000 fr.

2e *question*. — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriété toxiques.

Le prix sera de 1,000 fr.

NOTA. — Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs, devront être envoyés à M. le Dr Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier des années 1877 et 1878, pour les prix à décerner au commencement de chacune de ces années.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE.

Le congrès de Philadelphie s'ouvrira le 4 septembre 1876 et se tiendra dans les locaux de l'Université.

Les questions à l'ordre du jour pour la section de psychiâtrie sont les suivantes :

1re question : études microscopiques du cerveau.

2e question : responsabilité des aliénés inculpés d'actes criminels.

3e question : simulation de la folie par les aliénés.

4e question : que convient-il de faire pour les aliénés chroniques ?

LE PENSIONNAT DE VILLE-ÉVRARD.

Le samedi, 20 avril, a eu lieu l'adjudication de divers travaux pour l'achèvement du pensionnat annexé par le département de la Seine à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard. Cet établissement donnera place à 170 malades payants.

Le pavillon central et le premier pavillon de chaque côté, affectés aux pensionnaires de première classe, fonctionnent déjà depuis quelque temps.

Les quatre autres pavillons dont on va achever l'installation cette année, sont destinés à recevoir des pensionnaires non isolés ; ils seront disposés en dortoirs.

La dépense s'élèvera à la somme totale de 275,000 fr.

L'ASILE DE BRON ET LE CONSEIL GÉNÉRAL DU RHÔNE.

Dans sa séance du 7 septembre 1875, le conseil général du Rhône, à propos de l'admission à la caisse départementale de retraite du personnel administratif de Bron, a protesté contre le mode de nomination de ce personnel, en se fondant :

1° Sur la loi de 1852 qui modifie l'ordonnance de 1839 en ce que le Préfet peut nommer directement, sans l'intervention du gouvernement, les médecins et comptables des asiles d'aliénés ;

2° Sur le paragraphe 45 de la loi du 10 août 1871, qui dit que le Conseil général détermine les conditions auxquelles sont tenus de satisfaire les candidats aux fonctions rétribuées exclusivement sur les fonds du département, à l'exclusion des archivistes départementaux.

Cette décision du Conseil général a été annulée par le Conseil d'État et elle devait l'être parce que l'art. 45 de la loi du 10 août 1871, visé par le Conseil, ne concerne en aucune façon les fonctionnaires des asiles, qui ne sont pas rétribués *exclusivement* sur les fonds départementaux, le budget des asiles comprenant non-seulement la subvention départementale, mais aussi le contingent des hospices, des communes et des familles.

FAITS DIVERS.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Luys a repris ses leçons sur les maladies du cerveau, dans leurs rapports avec la pathologie mentale, le dimanche 7 mai, à neuf heures et demie et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

ASSURANCES SUR LA VIE ; VALIDITÉ DU CONTRAT, SI L'ASSURÉ QUI S'EST DONNÉ LA MORT ÉTAIT ALIÉNÉ.

Les polices de toutes les compagnies françaises d'assurances sur la vie stipulent que l'assurance est nulle si l'assuré se donne la mort.

Cette clause est-elle applicable lorsque l'assuré qui se donne la mort est aliéné? La jurisprudence a toujours décidé que non.

Dans un procès jugé par le tribunal civil de la Seine, le 1er avril, une compagnie d'assurances, sans contester ce principe, soutenait que l'assuré, mort pour s'être jeté par la fenêtre, n'était, au moment de cet acte, ni interdit ni aliéné.

Le tribunal a condamné la compagnie à acquitter la prime prévue au contrat, parce qu'il lui appartenait de prouver irrécusablement le suicide volontaire, parce qu'elle n'établissait pas que le défunt eût voulu attenter à sa vie, preuve qui était exclusivement à sa charge et parce que, au contraire, des témoignages étaient rapportés que le jour de sa chute l'assuré était en proie à un trouble mental qui ne lui laissait pas le libre usage de sa volonté (*Journal officiel* du 4 mai 1876).

LA SECTE DES SAUTEURS.

Une secte qui fait beaucoup parler d'elle en Russie, c'est la secte des *Sauteurs*, dont le culte se résume en extases, convulsions, danses mystiques et mortifications d'une violence inouïe. Un vieux paysan, originaire du cercle de Tambow, est le grand prophète de cette secte. Sa réputation s'est étendue au loin, et les pèlerins affluent au village d'Uwarowe, où il réside. Une troupe de pèlerins s'en revenait, il n'y a pas longtemps d'Uwarowe dans un état d'extrême surexcitation, lorsque tout à coup l'un d'eux déclare qu'il est Jésus-Christ; une femme affirme qu'elle est sainte Barbe; les pèlerins font balte, jettent bas leurs habits et commencent un vrai sabbat de sorciers, se frappant à la manière des anciens flagellants. Enfin, ils prennent une femme, l'attachent à la roue d'une voiture qui la broie, puis continuent leur chemin.

— On écrit de Rodez (Aveyron), le 7 avril :

Un *drame épouvantable* vient de jeter la consternation dans la petite commune de Mouret.

Le sieur Joseph Manhaviale, propriétaire, âgé de quarante-sept ans, donnait depuis plusieurs mois des signes d'aliénation mentale, qui devenaient chaque jour plus graves.

Le 4 avril, il porta à sa vache plusieurs coups de hache, en disant qu'il voulait la tuer pour la faire manger aux gens qui étaient venus lui acheter du vin. Aux cris de sa femme, des voisins accoururent, l'empêchèrent de tuer la vache, le veillèrent pendant la nuit et, voyant qu'il paraissait tranquille, se retirèrent à la pointe du jour. Vers sept heures, la femme Manhaviale quitta elle-même son mari pour aller à la cave mesurer du vin. Quel ne fut pas son désespoir, lorsqu'en remontant, elle trouva le cadavre sanglant de sa petite fille, âgée de deux ans et demi, qu'elle avait laissée dans un lit placé dans la même chambre que celui de Manhaviale! Celui-ci, repris par un accès de folie, s'était levé et avait coupé la gorge de l'infortunée victime avec un sécateur; il voulait, dit-il, « envoyer au ciel un ange de plus... »

Ce malheureux a été conduit devant M. le procureur de la République de Rodez pour être enfermé dans l'asile des aliénés. (*XIX^e siècle* du 12 avril 1876).

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVe VOLUME DE LA CINQUIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Psychologie.

PAGES.

De l'intelligence; par M. H. Taine; analyse par M. Charles Fea. . 321

II. Pathologie.

Les aliénés persécuteurs; par M. le docteur H. Taguet. 5

De l'influence de la lumière colorée dans le traitement de la folie; par M. le docteur Ponza. 20

Des altérations du système cutané dans la folie; par M. le docteur Adrien Fèvre. 26 et 198

Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés; par M. le docteur Cullerre. 161

Trouble spontané de la sensibilité générale; par M. le docteur Taguet. 191

Note sur les rémissions dans la forme maniaque de la paralysie générale; par M. le docteur Baillarger. 356

Du droit et du devoir du médecin en présence des opérations à faire chez les aliénés; par M. le docteur Billod. 363

Note sur les altérations du cœur, du foie, des reins, etc., chez les aliénés; par M. le docteur Dufour. 385

III. Médecine légale.

Rapport sur l'état mental de Guérard (Nicolas), accusé de vol et d'outrages à un agent de la force publique. — Alcoolisme, idées de persécution et commencement de démence; non-lieu; par MM. les docteurs Delaporte et Sisteray. 50

Rapport médico-légal sur l'état mental de Gérard (Louis), accusé d'incendie volontaire. — Imbécillité; ordonnance de non-lieu; par MM. les docteurs Delaporte et Sisteray. 226

IV. Législation.

Des sorties à titre d'essai; par M. le docteur Auzouy. 56

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

Séance du 15 novembre 1875. — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Séguin, Papillaud, Lino de Macedo. — Rapports de MM. Dumesnil et Motet sur les candidatures de MM. Sizaret

et Taguet; élection. — Le mariage des aliénés dans les asiles : M. Billod. — De la folie avec conscience : MM. Fournet, Delasiauve, Lunier, Blanche, Motet, Lucas. — Un double suicide, le père et la fils: M. Legrand du Saulle. 62

Séance du 29 novembre 1875. — A l'occasion du procès-verbal : M. Fournet. — Correspondance et présentation d'ouvrages. — Discussion sur la folie avec conscience : MM. Delasiauve, Fournet, Baillarger, Falret et Lunier. — Le mariage des aliénés : M. Legrand du Saulle. 240

Séance du 20 décembre 1875. — Correspondance. — Rapport de M. Motet sur la candidature de M. Masoin au titre de membre associé étranger; élection. — Sur la bibliothèque de la Société : M. Dally. — Le mariage des aliénés : MM. Lunier, Legrand du Saulle, Motet, Blanche et Falret. 261

Séance du 27 décembre 1875. — Le mariage des aliénés. — Rapport sur les comptes du trésorier : M. Legrand du Saulle. — Correspondance et présentation d'ouvrages. — Rapport de M. Dally sur la candidature de M. Parant au titre de correspondant national; élection. — Renouvellement du bureau. 267

Séance du 30 janvier 1876. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Masoin, Falret, Voisin. — Installation du bureau : MM. Blanche et Dumesnil. — Prix Esquirol. — De la construction et de l'agrandissement des asiles : M. Falret. — Des anomalies physiques associées aux désordres de l'intelligence : M. Falret. 411

Séance du 28 février 1875. — Correspondance et présentation d'ouvrages : M. Félix Voisin. — Rapport de M. Dumesnil sur la candidature de M. Lailler; élection. — Des opérations chirurgicales chez les aliénés : MM. Billod, Legrand du Saulle, Blanche, Lunier, Voisin, Delasiauve, Loiseau, Falret. 414

Séance du 27 mars 1876. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Baillarger, Obersteiner, Lailler, Mme Bulard, Motet. — Du suicide chez les délinquants : MM. Brierre de Boismont. — De l'influence des lésions traumatiques chez les aliénés : MM. Baillarger, Billod, Lunier, Delasiauve. — Congrès de Genève : M. Moreau. — Les signes physiques des folies raisonnantes : M. Legrand du Saulle. 4

REVUE ANTHROPOLOGIQUE.

(Année 1873.)

Par M. le docteur Aeh. Foville.

Influence du travail intellectuel sur le développement du cerveau. 272
Le prognathisme et l'indice prognatique. 275
Du transformisme à propos de l'homme tertiaire. 277
La faculté du langage et le centre phréno-moteur. 281
L'homme-chien et le rossignol à deux têtes. 282

Origine des races humaines. 283
Méthodes et instruments crâniométriques. 28

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Années 1870-71-72, Suite)

Analyse par M. le docteur Lunier.

La folie chez les militaires. 454
Statistique de la folie, d'après le recensement de 1866. 454
Mouvement de la folie dans les asiles de 1854 à 1860. 455
Rapport sur un condamné prédisposé à la folie ; obtention de sa grâce. 459
Du retour à la raison chez certains déments. 460
Cancer de l'encéphale. 460
De l'imitation. 460
Des doctrines médicales en présence de la folie. 461

JOURNAUX ITALIENS (1874).

Analyse par M. Brierre de Boismont.

Définition de la folie. 130
Homicide commis par un lypémaniaque. 135
Rapport sur l'assassinat d'une femme par son mari. 138
Classification des maladies mentales et statistique. 140
Premier congrès fréniatrique italien. 144
Création d'un asile pour les aliénés aisés. 145
Asile pour les aliénés criminels. 145
Transfusion du sang dans la folie. 146
Législation sur les manicômes et les aliénés. 147

JOURNAUX ANGLAIS (1872).

Analyse par M. le docteur Dumesnil.

Tumeurs du cerveau et fonctions mentales. 286
Les fous du théâtre grec. 287
L'affaire d'Agnès Paterson. 289
Impulsion homicide. 295
Abus du mot : ramollissement du cerveau. 297
Folie et homicide. 298
Distribution des talents intellectuels en Angleterre. 299
Augmentation du chiffre des aliénés. 300
Simulation de la folie. 301
Rapports de l'intelligence avec le monde matériel. 302
Le démon familier de Socrate. 302
Sur les criminels aliénés. 302
Guérison des aliénés meurtriers. 304
Sur l'agrandissement des asiles. 305
Singulière cause de folie. 305
Recensement des aliénés à domicile. 305

Influences atmosphériques sur les aliénés. 305
De quelques effets du chloral. 305
Lésions constatées à l'autopsie d'aliénés. 306
Cas rare de mutilation de soi-même. 306

JOURNAUX ALLEMANDS (1873).

Analyse par M. le Dr Hildenbrand.

Sur la respiration intermittente dans les psychoses. 307
De l'ophthalmoscopie chez les aliénés. 308
Sur la genèse du délire. 461
Localisation des fonction du cerveau. 462

III. Bibliographie.

Les fonctions inférieures du système nerveux; recherches des conditions organiques et dynamiques de la pensée, par M. Antoine Gros (analyse par M. Ritti). 152
Leçons sur la psychologie normale et pathologique du système nerveux, par M. Poincaré (anal. par M. Ant. Ritti). 311
Mes pages intimes, par M. Daniel Gavet (anal. par M. Ant. Ritti). 315
Etude clinique sur le délire alcoolique; par M. le docteur J.-L. Prévost (anal. par M. Chatelain). 463
De la folie étudiée au point de vue médico-légal, dans ses rapports avec les législations autrichienne, française et allemande; par M. le docteur de Krafft-Ebing (anal. par M. Chatelain . . . 464
Les asiles et la colonie de Bendorf-Sayn; par M. le docteur Brosius (anal. par M. Chatelain). 465
Bulletins bibliographiques. 153, 318 et 465
Association des médecins aliénistes. 466

IV. Variétés.

Nécrologie : Mérier, Bulard. — Association des médecins aliénistes. — Service des aliénés; vœux émis par les conseils généraux. — Statistique des aliénés en France. — Les aliénés en Algérie. — Enseignement clinique des maladies mentales. — Faits divers. 154
Nominations et promotions : MM. Giraud, Rousselin, Foville, de Lagonde, Broc, Hildenbrand, Combes, Dauby, Barthélemy, Campan, Lebègue et Dufour. — Enseignement clinique des maladies mentales. — Congrès médical international de Philadelphie. — Des aliénés à Strasbourg en 1814. — Avis important. 319
Nominations et promotions : MM. Christian, Guérineau, Icard, Doutrebente, Taguet, Crichton Browne. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix et récompenses de la Société de tempérance. — Congrès de Philadelphie. — Le Pensionnat de Ville-Evrard. — L'asile de Bron. — Faits divers 472

Paris. — Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

ET

LUNIER

Inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France.

CINQUIÈME SÉRIE. — TOME SEIZIÈME

TRENTE-QUATRIÈME ANNÉE



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1876.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PSYCHOLOGIE.

AMNÉSIE PÉRIODIQUE

OU

DÉDOUBLEMENT DE LA VIE

Par M. le Dr AZAM

I. Avant-propos

Je vais raconter l'histoire d'une jeune femme dont l'existence est tourmentée par une altération de la mémoire qui n'offre pas d'analogue dans la science; cette altération est telle qu'il est permis de se demander si cette jeune femme n'a pas deux vies.

Quelle que soit la nature des phénomènes que je vais décrire, ils méritent de provoquer les réflexions des psychologistes, car si la physiologie ne peut se passer de l'étude des maladies, de même l'étude des facultés de l'esprit, qui n'est que la physiologie des fonctions de l'ordre le plus élevé, ne saurait être faite sans l'analyse de leurs lésions.

Devant un sujet presque ou entièrement nouveau, éprouvant quelques embarras pour choisir un titre, j'ai préféré laisser le choix au lecteur; après lecture, il verra la désignation qu'il préfère. Il voudra bien être indulgent et prêter une attention soutenue, car les termes, les mots dont je dois me servir sont les termes ordinaires détournés de leur acception et pourront amener quelque obscurité.

De plus, je prie de ne pas oublier que, médecin, je raconte de mon mieux une observation qui appartient plus à la psychologie qu'à la médecine, et que simple narrateur d'un fait je n'ai pas à prendre parti pour ou contre telle solution délicate qui peut se dégager de son analyse.

Les réflexions qui suivent mon exposé sont plutôt destinées à le compléter qu'à prendre couleur dans un débat; en racontant ce fait sincèrement et clairement, je borne mon ambition à porter ma faible contribution à la *connaissance de l'homme*.

II. Exposé

Félida X*** est née en 1843, à Bordeaux, de parents bien portants; son père, capitaine dans la marine marchande, a péri quand elle était en bas-âge, et sa mère laissée dans une position précaire a dû travailler pour élever ses enfants.

Les premières années de Félida ont été difficiles, cependant son développement s'est fait d'une façon régulière.

Vers l'âge de treize ans, peu après la puberté, elle a présenté des symptômes dénotant une hystérie commençante, accidents nerveux variés, douleurs vagues, hémorrhagies pulmonaires que n'expliquait pas l'état des organes de la respiration.

Bonne ouvrière et d'une intelligence développée, elle travaillait à la journée à des ouvrages de couture.

Vers l'âge de quatorze ans et demi se sont montrés les phénomènes qui font le sujet de ce récit.

Sans cause connue, quelquefois sous l'empire d'une émotion, Félida X*** éprouvait une vive douleur aux deux tempes et tombait dans un accablement profond, semblable au sommeil. Cet état durait environ dix minutes; après ce temps et spontanément elle ouvrait les yeux, paraissant s'éveiller, et commençait le deuxième état qu'on est convenu de nommer condition seconde que je décrirai plus tard; il durait une heure ou deux, puis l'accablement et le sommeil reparaissaient et Félida rentrait dans l'état ordinaire. Cette sorte d'accès revenait tous les cinq ou six jours ou plus rarement, et ses parents et les personnes de son entourage considérant le changement de ses allures pendant cette sorte de seconde vie et son oubli au réveil la croyaient folle.

Bientôt les accidents de l'hystérie proprement dite s'aggravèrent, Félida eut des convulsions, et les phénomènes de prétendue folie devinrent plus inquiétants; je fus alors appelé à lui donner mes soins, car, étant alors médecin adjoint de l'asile public des femmes aliénées, il était naturel qu'on me demandât de traiter une maladie qu'on croyait mentale.

Voici ce que je constate en octobre 1858.

Félida X*** est brune, de taille moyenne, assez robuste et d'un embonpoint ordinaire; elle est sujette à de fréquentes hémoptysies, probablement supplémentaires; très-intelligente et assez instruite pour son état social, elle est d'un caractère triste, même morose, sa conversation est sérieuse et elle parle peu, sa volonté est très-arrêtée et elle est très-ardente au travail. Ses sentiments affectifs paraissent peu développés. Elle pense sans cesse à son état maladif qui lui inspire des préoccupations sérieuses et souffre de douleurs vives dans plusieurs points du corps, particulièrement à la tête, le symptôme nommé clou hystérique est chez elle très-développé.

On est particulièrement frappé de son air sombre et du

peu de désir qu'elle a de parler; elle répond aux questions, mais c'est tout.....

Examinée avec attention au point de vue intellectuel, je trouve ses actes, ses idées et sa conversation parfaitement raisonnables.

Presque chaque jour sans cause connue ou sous l'empire d'une émotion, elle est prise de ce qu'on appelle sa *crise*; en fait elle entre dans son deuxième état; ayant été témoin des centaines de fois de ce phénomène, je puis le décrire avec exactitude, j'en ai parlé plus haut d'après ce qu'on m'avait raconté; je le décris actuellement d'après ce que j'ai vu.

Félida est assise, un ouvrage quelconque de couture sur les genoux; tout d'un coup, sans que rien puisse le faire prévoir et après une douleur aux tempes plus violente qu'à l'habitude, sa tête tombe sur sa poitrine, ses mains demeurent inactives et descendent inertes le long du corps, elle dort ou paraît dormir, mais d'un sommeil spécial, car ni le bruit ni aucune excitation, pincements ou piqûres ne sauraient l'éveiller; de plus, cette sorte de sommeil est absolument subit. Il dure deux à trois minutes; autrefois il était beaucoup plus long; après ce temps, Félida s'éveille, mais elle n'est plus dans l'état intellectuel où elle était quand elle s'est endormie. Tout paraît différent. Elle lève la tête et ouvrant les yeux salue en souriant les nouveaux venus, sa physionomie s'éclaire et respire la gaieté, sa parole est brève et elle continue, en fredonnant, l'ouvrage d'aiguille que dans l'état précédent elle avait commencé; elle se lève, sa démarche est agile et elle se plaint à peine des mille douleurs qui quelques minutes auparavant la faisaient souffrir; elle vaque aux soins ordinaires du ménage, sort, circule dans la ville, fait des visites, entreprend un ouvrage quelconque et ses allures et sa gaieté sont celles d'une jeune fille de son âge bien portante. Son caractère est complétement changé; de triste elle est devenue gaie et sa vivacité touche à la turbulence, son imagination est plus exaltée; pour le moindre

motif elle s'émotionne en tristesse ou en joie; d'indifférente à tout qu'elle était, elle est devenue sensible à l'excès.

Dans cet état, elle se souvient parfaitement de tout ce qui s'est passé, et pendant les autres états semblables qui ont précédé et aussi pendant sa vie normale. J'ajouterai qu'elle a toujours soutenu que l'état, quel qu'il soit, dans lequel elle est au moment où on lui parle, est l'état normal qu'elle nomme sa *raison*, par opposition à l'autre état qu'elle appelle sa *crise*.

Dans cette vie comme dans l'autre ses facultés intellectuelles et morales bien que différentes sont incontestablement entières, aucune idée délirante, aucune fausse appréciation, aucune hallucination ; je dirai même que dans ce deuxième état, dans cette condition seconde, toutes ses facultés paraissent plus développées et plus complètes. Cette deuxième vie où la douleur physique ne se fait pas sentir est de beaucoup supérieure à l'autre; elle l'est surtout par le fait considérable que nous avons déjà indiqué, que pendant sa durée Félida se souvient non-seulement de ce qui s'est passé pendant les accès précédents, mais aussi de toute sa vie normale, tandis que, ainsi que je le redirai plus loin, pendant sa vie normale elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant ses accès.

Après un temps qui, en 1858, durait trois ou quatre heures, presque chaque jour, tout à coup la gaieté de Félida disparaît, sa tête se fléchit sur sa poitrine et elle retombe dans l'état de torpeur que nous avons décrit, — trois à quatre minutes s'écoulent et elle ouvre les yeux pour rentrer dans son existence ordinaire. — On s'en aperçoit à peine, car elle continue son travail avec ardeur, presque avec acharnement; le plus souvent c'est un travail de couture entrepris dans la période qui précède, elle ne le connaît pas et il lui faut un effort d'esprit pour le comprendre. Néanmoins elle le continue comme elle peut en gémissant sur sa malheureuse situation; sa famille, qui a l'habitude de cet état, l'aide à se mettre au courant.

Quelques minutes auparavant elle chantonnait quelque romance, on la lui redemande, elle ignore absolument ce qu'on veut dire, on lui parle d'une visite qu'elle vient de recevoir, elle n'a vu personne.

Je crois devoir préciser les limites de cette amnésie. — L'oubli ne porte que sur ce qui s'est passé pendant la condition seconde, aucune idée générale acquise antérieurement n'est atteinte, elle sait parfaitement lire, écrire, compter, tailler, coudre, etc., et mille autres choses qu'elle savait avant d'être malade ou qu'elle a apprises dans ses périodes précédentes d'état normal.

Dès 1858, je l'avais remarqué et je l'ai vérifié daus ces derniers temps, sur l'invitation de MM. *Liard* et *Marion*, professeurs de philosophie. Ces psychologues, qui ont bien voulu m'éclairer de leurs conseils, m'ont fait comprendre l'importance de ce caractère, car dans quelques faits célèbres de doublement de la vie, l'oubli portait sur toute la vie passée, y compris les idées générales. — Il en était ainsi de la dame américaine de Mac-Nish (1).

Physiquement Félida est une bystérique très-caractérisée, elle a la boule épigastrique, sa sensibilité tactile est altérée, son goût, dans l'état normal, est détruit, car j'ai pu lui faire mâcher des pilules d'un goût détestable sans qu'elle y trouvât aucune saveur; son odorat est diminué et nombre de points de son corps sont anesthésiques; eufin pour la moindre émotion elle a des convulsions sans perte complète de la connaissance; je n'insiste pas sur ce tableau si connu, il me suffira de dire que chez Félida l'hystérie est certaine, et que les accidents singuliers qu'elle présente doivent être sous la dépendance de cette maladie générale.

A cette époque s'est montré un troisième état qui n'est qu'un épiphénomène de l'accès. J'ai vu cet état seulement deux ou trois fois, et pendant seize ans son mari ne l'a observé qu'une trentaine de fois : étant dans sa condition se-

(1) Mac-Nish, *Philosophy of sleep*, p. 215.

conde, elle s'endort de la façon décrite, et au lieu de s'éveiller dans son état normal comme à l'habitude elle se trouve dans un état spécial que caractérise une terreur indicible; ses premiers mots sont : « J'ai peur..., j'ai peur... » ; elle ne reconnaît personne, sauf le jeune homme qui est devenu son mari. — Cet état quasi délirant dure peu, c'est le seul moment où j'ai pu saisir chez elle des conceptions fausses.

J'aurais pu prendre pour des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat certains états hyperesthésiques de ces sens, mais une étude attentive m'a démontré que l'exaltation seule de ses sens lui permettait d'entendre des conversations ou des bruits et de sentir des odeurs que personne dans son entourage ne pouvait percevoir; — l'histoire de l'hystérie est remplie de faits semblables; je n'insiste pas.

Si j'avais pu avoir des doutes sur la séparation complète de ces deux existences, ils eussent été levés par ce que je vais raconter.

Un jeune homme de dix-huit à vingt ans connaissait Félida X*** depuis son enfance et venait dans la maison; ces jeunes gens ayant l'un pour l'autre une grande affection s'étaient promis le mariage.

Un jour Félida plus triste qu'à l'ordinaire me dit les larmes dans les yeux que « sa maladie s'aggrave, que son ventre » grossit et qu'elle a chaque matin des envies de vomir » ; — en un mot, elle me fait le tableau le plus complet d'une grossesse qui commence. — Au visage inquiet de ceux qui l'entourent, j'ai des soupçons qui devaient être bientôt levés. En effet, dans l'accès qui suit de près, Félida me dit devant ces mêmes personnes :

« Je me souviens parfaitement de ce que je viens de vous » dire, vous avez dû facilement me comprendre; je l'avoue » sans détours..., je crois être grosse. »

Dans cette deuxième vie, sa grossesse ne l'inquiétait pas, et elle en prenait assez gaiement son parti.

Devenue enceinte pendant sa condition seconde, elle

l'ignorait donc pendant son état normal et ne le savait que pendant ses autres états semblables; mais cette ignorance ne pouvait durer; une voisine, devant laquelle elle s'était expliquée fort clairement et qui, plus sceptique qu'il ne convient, croyait que Félida jouait la comédie, lui rappela brutalement sa confidence après l'accès. Cette découverte fit à la jeune fille une si forte impression qu'elle eut des convulsions hystériques très-violentes, et je dus lui donner mes soins pendant deux ou trois heures.

L'enfant conçu pendant l'accès a seize ans aujourd'hui; nous en parlerons plus loin.

A cette époque (1859), je racontai ce fait à divers confrères; la plupart me crurent le jouet d'illusions ou de tromperies; seuls, trois hommes éminents, après avoir vu Félida X*** avec moi, m'encouragèrent dans son étude : Parchappe, le célèbre aliéniste; Bazin, médecin en chef de l'asile public des femmes aliénées et professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, et M. Gintrac père, directeur de l'Ecole de médecine et correspondant de l'Institut. — Pour tous les autres, la soience était faite, et tout ce qui est en dehors du cadre connu ne pouvait être que tromperie.

Pour ces esprits d'élite elle était à compléter en ce qui touche à l'étude si délicate des fonctions du cerveau, et auoun fait ne devait être négligé. — M. Bazin me mit entre les mains un livre presque inconnu en France, *Neurypneumology of the nervous sleep*, de Braid, où l'hypnotisme est decrit; c'est la lecture de ce livre qui fut l'origine des recherches qui occupèrent le monde savant à la fin de 1859 et que j'ai résumé en 1860 dans les *Archives de médecine et de chirurgie* et dans les *Annales médico-psychologiques*. Ces recherches signalées par M. Velpeau à l'Institut ont été confirmées par MM. Broca, Follin, Verneuil, Alfred Maury, Baillarger, Lasègue, etc., et ne sont tombées dans une sorte d'oubli que par suite de leur malheureuse analogie avec les pratiques justement décriées du magnétisme animal.

C'est sur FélidaX*** et particulièrement sur une de ses amies, Maria X***, que j'ai fait les expériences qui ont été la base de cette étude, laquelle après Braid et nombre d'auteurs anciens, a établi l'action du strabisme convergent sur les fonctions cérébrales, tant chez l'homme que chez les animaux.

Pour ne pas sortir de mon sujet, je ne décrirai que ce que j'observai sur Félida X*** en ce qui touche l'hypnotisme : Félida étant dans l'un de ses deux états et assise en face de moi, je l'invite à regarder attentivement un objet quelconque placé à 15 ou 20 centimètres au-dessus de ses yeux ; après huit à dix secondes, elle clignotte et ses yeux se ferment. Pendant quelques instants elle ne répond à aucune question, le sommeil dans lequel elle paraît être la séparant complétement du monde extérieur — de plus elle est anesthésique; après ce temps très-court elle répond aux questions posées et présente ce fait particulier, que dans ce somnambulisme provoqué et quel que soit son état au moment où elle a été endormie, elle est toujours dans l'état normal.

Alors elle présente les phénomènes ordinaires de ce somnambulisme, catalepsie, anesthésie, hyperesthésie de la peau, développement exagéré de l'odorat, du toucher, exaltation du sens musculaire, tous phénomènes très-faciles à produire par le procédé indiqué même sur les animaux, (poules, chats), et sur lesquels je n'ai pas à insister ici.

Le réveil se fait avec la même facilité par les moyens connus, la friction et l'insufflation sur les paupières.

Si après avoir lu le livre de Braid, où sont rapportées nombre de cures, dans lesquelles j'ai peu de foi, j'ai provoqué chez ma malade le sommeil artificiel par les moyens qu'il recommande, c'était, je dois le dire, dans l'espérance de la guérir. Cet espoir a été déçu, car je n'ai amené chez elle aucune modification.

L'existence chez notre malade d'un phénomène spontané,

la transition d'un état à l'autre, m'avait fait naturellement songer à l'hypnotisme qui, de même que le somnambulisme, que tous connaissent, peut être spontané.

Les exemples n'en sont pas rares; on en connaît un grand nombre, je n'en citerai que quelques-uns:

Au commencement de 1875, M. Bouchut a observé dans son service une jeune fille qui tombait en somnambulisme avec catalepsie toutes les fois qu'elle travaillait à des boutonnières, ouvrage difficile qui exige une certaine attention et une grande fixité du regard.

C'était une hystérique qui s'hypnotisait elle-même.

M. Baillarger a cité devant moi, à la Société médico-psychologique, une jeune fille qui tombait en catalepsie en se regardant à la glace. — Je pourrais nommer un pasteur éminent de l'Eglise réformée qui s'endort à volonté pendant une demi-heure, en fermant les yeux et convulsant les globes oculaires en haut et en dedans. — Ici le phénomène est complétement à la discrétion de la personne.

Enfin, il y a neuf ou dix ans, une jeune femme, entrée dans mon service de clinique pour une tumeur du sein, s'endort en plein jour pendant trois heures, et rien ne peut l'éveiller. Interrogée, elle raconte qu'à un certain moment du mois elle est sujette à ces sommeils, pendant lesquels elle est anesthésique, mais non somnambule (1).

Je ne tirerai aucune conséquence de ces faits. Ils paraissaient autrefois merveilleux. Tous aujourd'hui sont entrés dans la science.

(1) J'invitai mon interne d'alors, aujourd'hui médecin distingué à Bergerac et député de la Dordogne, à l'endormir artificiellement. Il le fit pendant quinze à vingt jours, et la jeune femme n'a plus revu cet accident singulier. Après six années j'ai pu constater que ces sommeils spontanés ne s'était jamais reproduits

Je viens de décrire l'état de Félida en 1858 et 1859. A la fin de cette dernière année, les phénomènes parurent s'amender, on me le dit, du moins ; elle accoucha heureusement, nourrit son enfant. A ce moment, détourné par d'autres sujets d'étude, je la perdis complétement de vue; elle avait épousé le jeune homme dont nous avons parlé. Or ce jeune homme très-intelligent, a observé avec soin l'état de sa femme de 1859 à 1876. Ses renseignements remplissent la lacune de seize années qui existe dans mon observation directe.

Voici le résumé de ce qui s'est passé pendant ces seize années.

Vers l'âge de dix-sept ans et demi, Félida a fait ses premières couches, et pendant les deux années qui ont suivies sa santé a été excellente, aucun phénomène particulier n'a été observé.

Vers dix-neuf ans et demi, les accidents déjà décrits reparaissent avec une moyenne intensité.

Un an après, deuxième grossesse très-pénible, crachements de sang considérables et accidents nerveux variés se rattachant à l'hystérie, tels que accès de léthargie qui durent trois et quatre heures. A ce moment et jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, les accès se sont montrés plus nombreux, et leur durée, qui a d'abord égalé celle des périodes d'état normal, commence à la dépasser. Les hémorrhagies pulmonaires qui ont duré jusqu'à ces derniers temps sont devenues plus fréquentes et plus considérables; Félida a été atteinte de paralysies partielles, d'accès de léthargie, d'extases, etc., tous phénomènes dus, comme chacun sait, à l'hystérie qui domine son tempérament.

De vingt-quatre à vingt-sept ans, notre malade a eu trois années complètes d'état normal. Après ce temps jusqu'à 1875, c'est-à-dire pendant les six dernières années, la maladie a reparu avec la forme que je décrirai bientôt. J'ajouterai que pendant ces seize années Félida a eu onze grosses-

ses ou fausses couches (y compris les couches de 1859) pour deux enfants aujourd'hui vivants.

De plus, je dois signaler une particularité considérable.

La condition seconde, la période d'accès, qui en 1858 et 1859 n'occupait guère qu'un dixième environ de l'existence, a augmenté peu à peu de durée, elle est devenue égale à la vie normale, puis l'a dépassée pour arriver graduellement à l'état actuel où, comme nous allons le voir, elle remplit l'existence presque entière.

Dans les premiers mois de 1875, l'Académie de médecine de Belgique, saisie de la question *Louise Lateau*, chargea M. Warlomont de faire un rapport sur le sujet. Ce travail, très-bien fait, insiste sur la réalité scientifique du phénomène dit *doublement de la vie*, *double conscience*, *condition seconde*, états qui peuvent être spontanés ou provoqués. M. Warlomont rappelle des faits célèbres, mais assez rares. Je reconnus en ces faits les analogues de mon observation de 1858. Bien que dès cette époque j'en eusse apprécié l'importance, je ne l'avais pas publiée, la considérant comme trop isolée dans la science, ou comme trop en dehors de la chirurgie que je professe à Bordeaux.

Je me mis donc à la recherche de Félida X*** et je la retrouvai présentant les mêmes phénomènes qu'autrefois, mais aggravés.

Aujourd'hui Félida X*** a trente-deux ans, elle est mère de famille et dirige un magasin d'épiceries.

Elle n'a que deux enfants vivants; l'aîné, conçu, nous l'avons dit, pendant une période d'accès, a le tempérament nerveux de sa mère, très-intelligent, excellent musicien. Il a des attaques de nerfs, sans perte complète de connaissance, et après ces crises nerveuses, des terreurs inexplicables qui rappellent le troisième état que nous avons décrit. Évidemment cet enfant, qui a aujourd'hui seize ans, subit l'influence de l'hérédité morbide.

Au physique, Félida X*** est amaigrie, sans avoir l'aspect maladif.

Dès mon arrivée, m'ayant reconnu, elle me consulte avec empressement sur les moyens de sortir de sa triste situation.

Voici ce qu'elle me raconte : Elle est toujours malade, c'est-à-dire, elle a toujours des absences de mémoire qu'elle nomme improprement ses crises. Seulement ces prétendues crises, qui ne sont, après tout, que les périodes d'état normal, sont devenues beaucoup plus rares; la dernière remonte à trois mois. Cependant l'absence de souvenir qui les caractérise lui a fait commettre de telles bévues dans ses rapports avec les voisins que Félida en a conservé le plus pénible souvenir, et craint d'être considérée comme folle.

Je l'examine au point de vue de l'intégrité de ses fonctions intellectuelles et je n'y rencontre aucune altération.

Cependant, dans ce qu'elle vient de me dire, je démêle aisément qu'elle se souvient très-bien de ce qui s'est passé pendant ce qu'elle nomme sa dernière crise, et cette intégrité du souvenir me le donne à penser. Il y avait lieu; car le lendemain son mari, dont je reçois la visite, me dit, que l'état dans lequel est actuellement Félida depuis plus de trois mois est l'état d'accès ou de condition seconde, bien qu'elle croie et soutienne le contraire. En effet, pour elle, aujourd'hui comme autrefois, l'état quelconque dans lequel elle se trouve est toujours l'état de *raison;* le souvenir que j'avais du passé m'avait donc déjà éclairé.

Seulement, depuis que je ne l'avais étudiée, les périodes d'état normal sont devenues de plus en plus rares et de plus en plus courtes, si bien que l'état de condition seconde occupe l'existence presque entière.

Dès ce jour, reconnaissant ce qu'avait de remarquable un état qui, durant seize années, modifiait si complétement la manière d'être, la personnalité de ma jeune malade, je l'étudiai presque chaque jour, avec le désir de publier son

histoire. Pour éviter des longueurs, je ne relaterai que les faits principaux de mon étude, ceux du moins qui sont caractéristiques.

Le 21 juin, Félida, qui est évidemment dans l'état de condition seconde, me raconte qu'il y a quatre ou cinq jours, elle a eu dans la même journée trois ou quatre petits accès, d'une heure ou deux chacun ; pendant ce temps, elle a complétement perdu le souvenir de son existence ordinaire, et pendant ces moments, elle est si malheureuse de cet état singulier, qu'elle pense au suicide. Elle était alors, dit-elle, certainement folle, car elle ignorait que je l'avais revue. Elle me supplie même, pour le cas où le hasard m'amènerait à un moment semblable, de faire comme si je la revoyais pour la première fois ; une preuve nouvelle de son infirmité augmenterait son chagrin.

Elle reconnaît que, dans ces moments, son caractère se modifie beaucoup; elle devient, dit-elle, méchante, et provoque dans son intérieur des scènes violentes.

Averti par le souvenir du passé et par la grande habitude qu'a son mari de ces variations, il m'est très-facile de reconnaître que Félida est dans l'état de condition seconde, bien qu'elle prétende le contraire.

Comme autrefois, en effet, sa parole est brève, son caractère décidé, son naturel relativement gai et insouciant ; c'est bien la même gaieté qu'il y a seize ans, mais tempérée par la raison de la mère de famille.

Je crois devoir rapporter ici certains épisodes de l'existence de notre malade, racontés par elle. Ils donneront de son état une idée excellente et complète.

Pendant l'été de 1874, à la suite d'une émotion violente, elle a été prise de ce qu'elle nomme à tort une crise qui a duré plusieurs mois sans interruption, et pendant laquelle elle a, suivant l'usage, perdu le souvenir. En effet, son mari m'avait dit qu'elle avait eu à cette époque une période d'état normal si parfaite et si longue qu'il avait espéré la guérison.

Il y a deux ans, étant dans son état ordinaire (c'est-à-dire en condition seconde), elle revenait en fiacre des obsèques d'une dame de sa connaissance; au retour, elle sent venir la période qu'elle nomme son accès (état normal), elle s'assoupit pendant quelques secondes, sans que les dames qui étaient avec elle dans le fiacre s'en aperçoivent, et s'éveille dans l'autre état, ignorant absolument pourquoi elle était dans une voiture de deuil, avec des personnes qui, selon l'usage, vantaient les qualités d'une défunte dont elle ne savait pas le nom. Habituée à ces situations, elle attendit; par des questions adroites, elle se fit mettre au courant, et personne ne put se douter de ce qui s'était passé.

Il y a un mois, elle a perdu sa belle-sœur à la suite d'une longue maladie. Or, pendant quelques heures d'état normal dont j'ai parlé plus haut, elle a eu le chagrin d'ignorer absolument toutes les circonstances de cette mort, à ses habits de deuil seulement, elle a reconnu que sa belle-sœur qu'elle savait malade avait dû succomber.

Ses enfants ont fait leur première communion pendant qu'elle était en condition seconde; elle a aussi le chagrin de l'ignorer pendant les périodes d'état normal.

Je dois noter entre la situation ancienne de notre malade et son état actuel une certaine différence; autrefois Félida perdait entièrement connaissance pendant les courtes périodes de transition, cette perte était même si complète qu'un jour, en 1859, elle tomba dans la rue et fut ramassée par des passants. Après s'être éveillée dans son autre état, elle les remercia en riant, et ceux-ci ne purent naturellement rien comprendre à cette singulière gaieté.

Aujourd'hui il n'en est plus de même, cette période de transition a peu à peu diminué de longueur, et bien que la perte de connaissance soit aussi complète, elle est tellement courte que Félida peut la dissimuler en quelque lieu qu'elle se trouve. Cette période a la plus grande analogie avec ce qu'on nomme en médecine *le petit mal*, qui est la

plus petite des attaques d'épilepsie; toutefois, avec cette différence que le petit mal est la plupart du temps absolument subit; tandis que certains signes, à elle connus, tels qu'une pression aux tempes, indiquent à Félida la venue de ses périodes.

Voici ce qui se passe. Dès qu'elle les sent venir, elle porte la main à la tête, se plaint d'un éblouissement, et après une durée de temps insaisissable elle passe dans l'autre état. Elle peut ainsi dissimuler ce qu'elle nomme une infirmité. Or, cette dissimulation est si complète, que dans son entourage son mari seul est au courant de son état du moment. L'entourage ne perçoit que les variations de caractère qui, je dois le dire, sont très-accusées.

Nous insisterons sur ces variations que Félida signale elle-même avec la plus grande sincérité.

Dans la période d'accès ou de condition seconde, elle est plus fière, plus insouciante, plus préoccupée de sa toilette; de plus elle est moins laborieuse, mais beaucoup plus sensible; il semble que dans cet état elle porte à ceux qui l'entourent une plus vive affection.

Ces différences avec l'état normal sont-elles dues à ce que, dans ce dernier état elle perd le souvenir, tandis que dans la condition seconde elle le recouvre? Cela est probable; nous y reviendrons plus tard.

Quelques jours après, le 5 juillet, je suis frappé en entrant chez Félida de sa physionomie triste, elle me salue cérémonieusement et paraît s'étonner de ma visite.

Son allure me frappe, et je pressens qu'elle est dans une période d'état normal; pour en avoir la certitude, je lui demande si elle se souvient de la dernière fois où nous nous sommes vus.

« Parfaitement, répond-elle. Il y a environ un an, je » vous ai vu montant en voiture sur la place de la Comédie, » je crois que vous ne m'avez pas remarquée. Je vous avais

» vu d'autres fois, mais rarement, depuis l'époque où vous » veniez me donner des soins avant mon mariage. »

La chose était certaine. Félida était dans l'état normal, car elle ignorait ma dernière visite faite, on s'en souvient, pendant la condition seconde. Je l'interroge, et j'apprends qu'elle est dans *sa raison* (elle dit juste aujourd'hui) depuis le matin à huit heures. Il est environ trois heures de l'après-midi.

Profitant d'une occasion, difficile peut-être à retrouver, je l'étudie avec soin. Voici le résumé de mes observations.

Félida est d'une tristesse qui touche au désespoir, et m'en donne les motifs en termes éloquents. Sa situation est, en effet, fort triste, et chacun de nous, faisant un retour sur lui-même, peut aisément comprendre ce que serait aujourd'hui sa vie, si l'on supprime par la pensée le souvenir des trois ou quatre mois qui précèdent. Tout est oublié, ou plutôt rien n'existe, affaires, circonstances importantes, connaissances faites, renseignements donnés, c'est un feuillet, un chapitre d'un livre violemment arraché, c'est une lacune impossible à combler.

Le souvenir de Félida n'existe, nous le savons, que pour les faits qui se sont passés pendant les conditions semblables, les onze couches, par exemple. Je ferai ici une remarque qui a son importance. Onze fois Félida a été mère. Toujours cet acte physiologique de premier ordre, complet ou non, s'est accompli pendant l'état normal.

Je lui demande à brûle-pourpoint la date de ce jour. Elle cherche et se trompe de près d'un mois.

Je lui demande où est son mari; elle l'ignore, ne sait pas à quelle heure il l'a quittée, ni ce qu'il a dit en la quittant. Or, à huit heures, l'état normal était survenu, et il était sorti un quart d'heure auparavant.

Auprès d'elle est un petit chien; elle ne le connaît pas et l'a vu le matin pour la première fois. Cependant les

allures de l'animal indiquent qu'il est dans la maison depuis longtemps.

Je n'aurais que le choix sur les circonstances du même ordre; mais les exemples qui précèdent sont, je crois, suffisants.

En dehors de ces modifications qui résultent directement de l'absence du souvenir, je note d'autres différences entre l'état normal et la période d'accès.

Les sentiments affectifs ne sont plus de la même nature. Félida est indifférente et manifeste peu d'affection pour ceux qui l'entourent; elle se révolte devant l'autorité naturelle qu'a son mari sur elle. « Il dit sans cesse : je veux, dit-elle, » cela ne me convient pas; il faut que dans mon autre état » je lui aie laissé prendre cette habitude. Ce qui me désole, » ajoute-t-elle, c'est qu'il m'est impossible d'avoir rien de » caché pour lui, quoiqu'en fait je n'aie rien à dissimuler de » ma vie. Si je le voulais, je ne le pourrais pas. Il est bien » certain que dans mon autre vie, je lui dis tout ce que je » pense. »

De plus, son caractère est plus hautain, plus entier.

Ce qui la touche particulièrement, c'est l'incapacité relative qu'amènent ses absences de mémoire, surtout en ce qui touche son commerce.

« Je fais des erreurs sur la valeur des denrées dont j'i- » gnore le prix de revient, et suis contrainte à mille sub- » terfuges, de peur de passer pour une idiote. »

Trois jours après, son mari me raconta que l'état de raison complète dont je viens de parler a duré de huit heures du matin à cinq heures de l'après-midi; depuis ce moment, elle est dans la condition seconde pour un temps dont il ne saurait prévoir la durée. Il ajoute un détail intéressant :

Il est plusieurs fois arrivé que s'endormant le soir dans son état normal elle s'est éveillée le matin dans l'accès,

sans que ni elle ni son mari en aient eu conscience; la transition a donc eu lieu pendant le sommeil.

On sait que certaines attaques d'épilépsie ont aussi lieu pendant le sommeil, et que les malades ou le médecin ne s'en peuvent douter que par l'extrême fatigue que ressent le malade au réveil. Il est même des épileptiques qui n'ont jamais eu d'attaques pendant la veille, et qui, par suite, ne sauraient avoir conscience de leur situation.

Au moment où je publie cette étude l'état de notre malade s'est peu modifié. Les périodes d'état normal ne durent que deux ou trois heures au plus et se représentent tous les deux à trois mois.

III. Réflexions

Je crois devoir ajouter à l'exposé de ce fait quelques réflexions qui aideront peut-être à l'interpréter.

Comment caractériser l'état de Félida X***? Présente-t-elle un dédoublement de la personnalité, un doublement de la vie? Est-ce un cas de double conscience? ou présente-t-elle une altération de la mémoire qui ne portant que sur la mémoire seule laisse intactes les autres facultés de l'esprit?

Si, en quelque état qu'elle soit, on demande à Félida ce qu'elle pense d'elle-même, elle ne croit et n'a cru à aucun moment de sa vie être une autre personne, elle a parfaitement la conscience qu'elle est toujours semblable à elle-même, elle ne répond donc pas à la définition de M. Littré qui dit :

« La double conscience est un état dans lequel le patient, » ou bien a la sensation qu'il est double, ou bien sans avoir » connaissance de sa duplicité a deux existences qui n'ont » aucun souvenir l'une de l'autre et s'ignorent respecti- » vement (1). »

(1) *Revue de philosophie positive*, 1875.

Félida n'a pas cette sensation, et dans l'une de ses existences elle a le souvenir parfait de ses deux vies.

Elle ne croit pas non plus être une autre personne, comme la dame que cite Carpenter dans sa *Mental physiology*, qui, se croyant devenue un vieux *clergyman*, trouvait ridicule que ce médecin lui proposât un mariage.

Elle n'est pas non plus semblable au pasteur cité par Forbes Winslow qui sentait en lui deux moi, l'un bon, l'autre méchant; ni à la dame américaine de Mac-Nish, laquelle à un moment donné, à la suite d'un sommeil spontané, oublia toute son existence antérieure, même ce qu'elle avait appris pendant cette existence, lecture, écriture, musique et qui fut obligée de recommencer son éducation jusqu'à ce que, rentrée dans l'état normal, ces notions lui fussent revenues. Nous avons vu que l'amnésie de Félida n'a jamais porté sur la série des idées générales ou des notions antérieurement acquises.

Félida ne représente aucun de ces trois types, lesquels répondent assez bien aux dénominations de dédoublement de la personnalité, de doublement de la vie, ou de double conscience; ces termes étant ceux qui jusqu'à ce jour ont été employés par les auteurs, notamment dans ces derniers temps par MM. Warlomont et Littré.

Il est probable qu'une analyse précise des faits permettrait de remplacer ces termes l'un par l'autre. Mais nous n'avons pas à discuter ici ce point de doctrine.

Quelle est donc en résumé la situation de cette jeune femme?

Je reconnais qu'elle paraît avoir deux vies; mais n'est-ce pas une apparence, une illusion que donne à l'observateur l'absence du souvenir qui caractérise ses périodes d'état normal?

Recherchons les analogies?

Les personnes qui sont sujettes à des accès de somnambulisme naturel ne se souviennent pas au réveil de ce qui

s'est passé pendant leurs accès. Il en est de même pour Félida. Mais on n'a jamais vu de somnambulisme aussi parfait, car dans l'état qui correspond à l'accès de somnambulisme elle ne dort point, elle vit et pense complétement, sa vie y est même supérieure à sa vie normale, car pendant la seule durée de cette période elle peut avoir la notion complète de son existence.

J'en dirai autant du somnambulisme provoqué par le strabisme convergent ou autrement; ce somnambulisme est aussi, dans la rigueur du mot, une condition seconde; comme le somnambulisme naturel, il ressemble par l'amnésie à l'état de Félida, mais ne le reproduit pas exactement; ainsi les personnes qui lui sont soumises n'ont aucune spontanéité, de plus elles présentent des anesthésies, des hyperesthésies et autres altérations ou manques d'équilibre des fonctions sensorielles ou du sens musculaire qui n'ont rien de commun avec l'intégrité fonctionnelle où est Félida dans la condition correspondante.

Il est d'autres conditions secondes artificielles ou morbides qui méritent d'être rappelées.

L'alcool, le hachisch, la belladone, l'opium provoquent des états dans lesquels ceux qui leur sont soumis pensent et agissent sans en conserver le souvenir lorsque l'action de ces substances est éteinte.

Les délirants par folie, épilepsie ou maladie transitoire, paraissent aussi avoir deux existences, dont l'une raisonnable, dans laquelle la plupart du temps ils ignorent ce qui s'est passé dans l'autre. — Mais là s'arrête l'analogie, car dans ces états, les idées émises ou les actes accomplis sont déraisonnables, non parce qu'ils sont émis ou accomplis en dehors de ce qu'on nomme *raison*, mais parce que en eux-mêmes ils ne sont pas le résultat de conceptions logiquement coordonnées. — Ces états sont à proprement parler des taches dans la vie, des manifestations morbides, des absences. Chez Félida, au contraire, nous n'y saurions

trop insister, l'état d'accès, de condition seconde est une existence complète, parfaitement raisonnable, si parfaite que nul, même averti, s'il n'était guidé par son mari ou par moi ne saurait discerner celui de ces deux états qui est l'état surajouté.

S'il n'était nécessaire de corroborer ces différences par un argument de plus, nous comparerions les deux conditions de Félida au point de vue de la responsabilité légale.

Nous ne pensons pas qu'aucun juge éclairé puisse incriminer un acte délictueux commis dans l'une des conditions secondes que nous venons d'énumérer. Le malade, l'aliéné, l'épileptique, le somnambule sont irresponsables, l'homme ivre l'est dans une certaine mesure. En serait-il de même de Félida, si dans un de ses deux états elle commettait un acte répréhensible. La question doit être posée, discutée, mais il faut reconnaître qu'elle n'est pas facile à résoudre.

A celui qui dirait qu'elle n'est pas responsable, on pourrait répondre qu'une personne qui pendant des mois entiers est dans le même état intellectuel, d'ailleurs parfaitement sain, doit avoir la conscience et par suite la responsabilité de ses actes, bien qu'il puisse arriver qu'au moment de l'instruction ou du jugement elle n'en ait pas conservé le souvenir.

A celui qui soutiendrait la responsabilité on dirait, avec autant de raison, qu'il serait impossible de condamner une personne dont les fonctions intellectuelles sont aussi altérées.

En effet, étant admise l'unité du moi, une telle personne pourrait n'avoir pas la conscience bien entière, surtout si on se souvient du troisième état, dont nous avons signalé les apparitions rares mais certaines.

De plus, celui qui ne peut se souvenir d'un acte accompli, si récent qu'il soit, ne saurait être *compos mentis*, ainsi que l'entend le législateur.

Si donc pour les autres conditions secondes l'irresponsa-

bilité n'est pas douteuse, elle est en ce qui concerne celle de notre malade parfaitement discutable.

Nous croyons avoir établi que la condition seconde qui nous occupe n'est pas de la même nature que les états analogues déjà observés, ou plutôt déjà publiés; il nous reste à examiner si l'amnésie n'est pas la seule cause des différences que présentent les deux états, et si, comme nous l'avons énoncé plus haut, ce n'est pas elle qui est l'origine de cette apparence de doublement de la vie.

Il est certain que le caractère et les sentiments affectifs de Félida ne sont pas les mêmes dans les deux états.

Etant donnée la connaissance que nous avions de sa manière d'être, quelle est la valeur de ces différences?

N'oublions pas qu'avant la maladie et pendant les périodes d'état normal qui reproduisent exactement l'état antérieur, Félida était et est naturellement sérieuse et triste.

Or, dans sa condition seconde elle est gaie, frivole et plus préoccupée de sa toilette et de mille futilités. Mais cette gaieté, ce changement de caractère ne sont-ils pas chose naturelle?.... En effet, dans cet état, son souvenir est complet, il porte sur la vie entière; Félida sait bien qu'elle perdra la mémoire, qu'elle aura des absences, mais cette pensée n'est rien en comparaison de la situation pénible où la place une amnésie foudroyante qui supprime des mois entiers de son existence et l'atteint dans son amour-propre, en l'exposant à passer pour folle ou imbécile. Dans son deuxième état, les sentiments affectifs paraissent plus développés; mais n'est-ce pas encore là une conséquence directe de sa plus grande liberté d'esprit; elle est moins préoccupée d'elle-même, partant elle s'intéresse davantage à ce qui l'entoure. Quand elle est dans son état normal, ayant la conscience de sa triste situation, elle ne songe pour ainsi dire plus qu'à elle. — Tout le monde connaît l'égoïsme des vieillards et des malades; il n'a pas d'autre origine que le sentiment de

leur faiblesse. Forte et relativement bien portante, Félida a les sentiments des forts, l'amour des autres, le dévouement, la générosité.

Dans cet état, son caractère est plus souple et elle se plaint moins de la légitime autorité qu'a son mari sur elle; n'est-ce pas encore chose naturelle? on supporte plus doucement ce qu'on aime davantage.

Quant à sa frivolité plus grande, à son plus grand souci de la toilette, ils dérivent directement de sa plus grande liberté d'esprit et de ce fait déjà signalé que dans ces périodes ses douleurs physiques n'existent pour ainsi dire plus. — Les personnes qui souffrent ne songent pas à leur ajustement et trouvent souvent dans un travail assidu un soulagement à leurs souffrances. — En ces moments Félida n'a pas à rechercher ces soulagements.

Du reste, si dans ses conditions secondes Félida est plus gaie, plus frivole et moins laborieuse, si elle paraît plus attachée à ceux qui l'entourent, ce n'est qu'en comparaison avec ce qu'elle est dans l'état normal, car, j'y dois insister, tout ce qu'on peut observer chez elle sur ces points ne dépasse pas l'ordinaire ; elle est, en ces moments, semblable à nombre de femmes ou de filles auxquelles nul ne songerait à faire attention.

On pourrait donc soutenir que chez Félida X***, la mémoire seule est atteinte et que les différences dans le caractère ou les sentiments affectifs ne sont que des conséquences de l'altération de cette faculté.

J'ajouterai que cette altération de la mémoire, cette amnésie, est comme périodique. En effet, dans l'état normal le souvenir enjambe, chevauche par-dessus les états de condition seconde pour relier ensemble toutes les périodes de cet état, quel que soit leur éloignement.

S'il est exact de prétendre que chez Félida la mémoire seule est atteinte, et tout le prouve, n'en peut-on pas tirer

un argument en faveur d'une localisation de cette faculté dans une partie quelconque du cerveau ?

Nous n'avons aucune idée préconçue au sujet de la localisation des fonctions intellectuelles, et nous considérons comme des rêveries la plupart des tentatives faites dans ce but. Cependant il faut reconnaître que le fait qui précède est au moins une présomption. En effet, l'altération de la mémoire seule, les autres facultés demeurant intactes, est un acheminement vers cette conclusion, de la même façon que l'altération de la faculté du langage articulé, les autres facultés demeurant intactes, a conduit peu à peu M. Broca et d'autres observateurs à localiser cette fonction dans la troisième circonvolution frontale du lobe antérieur gauche.

Pour conclure à cette localisation, les éléments de la connaissance ont été les suivants :

1° Altération de cette faculté, toutes les autres demeurant intactes ; d'où probabilité qu'elle a pour instrument un point *isolé*, spécial du cerveau.

2° Altérations *concomitantes* d'un point du cerveau, limité et toujours le même.

En ce qui touche la mémoire, nous ne connaissons aujourd'hui que le premier de ces termes ; ne peut-il pas nous conduire à l'autre? Recherchons les faits semblables à celui qui précède et ne perdons pas les occasions d'en faire l'étude nécroscopique.

Il est un point de cette histoire sur lequel je crois devoir insister, car il est d'application générale. Je veux parler de la façon éclatante dont elle prouve l'importance du souvenir.

Théoriquement chacun connaît cette importance, mais jamais peut-être elle ne reçut une preuve pratique plus frappante, et nul en s'examinant lui-même ne saurait arriver aussi nettement à cette conception qu'en étudiant cette jeune femme.

On ne saurait croire, en effet, l'impression singulière que

donne à l'observateur une personne qui, comme Félida, ignore tout ce qui s'est passé, tout ce qu'elle a vu, tout ce qu'elle a dit, tout ce qu'on lui a raconté pendant les trois ou quatre mois qui précèdent. Elle ne sort pas d'un rêve, car un rêve, si incohérent qu'il soit, est toujours quelque chose. Elle sort du néant, et si, comme la plupart des délirants, elle n'avait pas vécu intellectuellement pendant cette période, la lacune serait de peu d'importance. Mais pendant ce temps son intelligence, ses actes ont été complets et raisonnables; le temps a marché et sa vie a marché avec lui et aussi tout ce qui l'entoure.

J'ai indiqué plus haut comme comparaison à cette existence un livre auquel on aurait arraché de loin en loin des pages. Ce n'est pas assez, car un lecteur intelligent, imbu de l'esprit général de l'œuvre, pourrait reconstituer ces lacunes, tandis qu'il est absolument impossible à Félida X*** de se douter d'un fait quelconque arrivé pendant sa condition seconde. Comment saura-t-elle, par exemple, que pendant ce temps elle a contracté une dette, reçu un dépôt ou qu'un accident, un mal subit lui auront enlevé son mari ou ses enfants; elle ne les retrouvera pas auprès d'elle, elle attendra leur retour.

Le voyageur qui demeure trois ou quatre mois loin de son pays, sans lettres ni nouvelles, a la notion du temps écoulé; il peut s'étonner de ce qui est arrivé dans cette période. Mais il sait qu'il a dû se passer quelque chose. Il s'attend à l'apprendre; pour lui, le temps a marché. Tandis que, lorsqu'après quatre mois de condition seconde, Félida a une journée d'état normal, elle n'a pendant cette journée aucune connaissance des mois qui précèdent, elle ne sait pas combien cette période a duré : une heure ou quatre mois sont tout un pour elle.

Aussi, dans son appréciation du temps, se trompe-t-elle de la façon la plus singulière, en supprimant des mois entiers; elle est toujours en arrière; en un mot, si cette figure

m'est permise, son appréciation retarde. L'almanach même ne peut lui servir, car elle n'a pas de base pour le consulter.

Son mari, ou son livre de vente, en remontant jour par jour à quelque vente dont elle se souvienne, l'éclaire sur le moment où elle se trouve et sur celui où a commencé sa période d'amnésie.

J'ai laissé au lecteur le soin de déduire les mille conséquences, les mille péripéties qui peuvent surgir dans une existence ainsi partagée. Notre rôle n'est pas d'imaginer des situations d'un intérêt plus ou moins palpitant. Il se borne à raconter la vérité.

Nous croyons devoir ici prévenir une objection : à la lecture de cette observation, ou en étudiant Félida seulement aujourd'hui, on pourrait être tenté de penser que j'ai mal apprécié la situation de notre malade, et que l'état complet, l'état de raison, est celui dans lequel le souvenir est complet, celui dans lequel elle a la parfaite possession d'elle-même, et que l'état maladif est celui que caractérise l'amnésie.

On se tromperait ; voici pourquoi :

Tout d'abord, ayant vu naître et grandir les accès, je puis affirmer l'identité entre l'état accidentel d'autrefois, qui durait une heure dans un jour, et l'état d'accès presque constant d'aujourd'hui qui dure quatre mois contre un jour.

De plus, l'absence de souvenir est un mince critérium de l'intégrité des fonctions intellectuelles ; car l'oubli n'est pas nécessairement amené par un état intellectuel incomplet ou maladif au moment où l'on cherche à se souvenir. La plupart du temps, l'amnésie est amenée par le peu d'impression faite sur le cerveau, par le fait au moment qu'il s'est passé. On n'oublie pas, parce qu'on ne peut pas se souvenir ; on oublie parce que le fait oublié n'a fait qu'une impression insuffisante.

L'homme qui, après un délire de quelques jours, ne se souvient pas, une fois guéri, de ce qu'il a fait pendant son

délire, n'en est pas moins en parfaite santé. Il n'était incomplet et malade que quand il délirait, et c'est parce qu'il délirait qu'il a perdu le souvenir, son cerveau n'a pas reçu une impression durable ou suffisante.

Nous croyons devoir insister de nouveau sur une circonstance remarquable. Aujourd'hui la condition seconde s'est tellement agrandie aux dépens de la vie normale, que les rôles entre les deux périodes se sont intervertis. Il y a seize ans, les accès ne duraient que quelques heures sur plusieurs jours. Ils étaient un accident, une tache dans la vie ; aujourd'hui, la condition seconde est pour ainsi dire la vie ordinaire, car elle dure trois et quatre mois de suite, contre des périodes de vie normale qui n'ont que trois ou quatre heures de durée : aujourd'hui, celles-ci sont la tache, l'accident; c'est à elles que Félida doit le trouble de son existence.

Les caractères spéciaux à ces deux états n'ont en rien changé ; leur durée seule s'est modifiée : l'un s'est simplement agrandi aux dépens de l'autre.

Cette modification, amenée par seize années, fait naître une pensée : la diminution toujours croissante dans la durée des périodes d'état normal et la rareté de plus en plus grande de leur apparition ne font-elles pas présager qu'elles disparaîtront complétement d'ici à quelques années? Cela n'est certainement pas impossible, c'est même probable. Mais alors qu'arrivera-t-il? La condition seconde deviendra toute la vie. Félida X*** aura une personnalité complète : intelligence, souvenir entier du passé, tout y sera; mais elle n'aura plus la même personnalité qu'elle avait autrefois : elle sera une autre personne. Elle n'en vaudra pas moins ; elle vaudra même davantage, car elle n'aura plus d'amnésie; mais, en fait, elle sera autre. Son existence, vue de haut, aura montré le singulier phénomène d'avoir compté trois personnalités successives : la première, normale, qu'elle a apportée pour ainsi dire au monde en naissant ; la deuxième,

partagée en deux par l'amnésie; la troisième, nouvelle et différente par son intégrité.

Le bien naîtrait ainsi de l'excès du mal; car là serait, en réalité, une sorte de guérison. Je n'oserais en espérer une autre. Si cette modification survient, ce serait dans douze à quinze ans, à l'âge dit critique, époque ordinaire de la fin de l'hystérie. Si cela m'est permis, j'aurai à le constater plus tard.

Quelle hypothèse peut-on faire sur la cause prochaine de l'amnésie que nous venons de décrire?

Voyons si ce qu'on sait ne peut pas nous mettre sur la voie de ce qui nous reste à apprendre. Les beaux travaux de MM. Claude Bernard et Luys ont établi d'une façon certaine l'action de la circulation sur les fonctions cérébrales. L'exagération dans l'afflux du sang amène l'excitation dans ces fonctions; sa diminution amène leur calme, leur repos. Le sommeil est provoqué par cette diminution (ischémie), laquelle est elle-même amenée par le rétrécissement momentané des vaisseaux qui apportent le sang au cerveau.

Raisonnons par analogie et prenons pour exemple une fonction dont la localisation paraît certaine, la fonction du langage articulé. Eh bien! si les vaisseaux qui conduisent le sang dans la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche sont diminués de calibre, cette fonction sera altérée, les autres demeureront intactes. De même si la mémoire est abolie, on est parfaitement en droit de penser que cette altération est due à une diminution dans l'apport du sang à la partie du cerveau encore inconnue où est localisée cette fonction. Or, l'état maladif de Félida rend parfaitement compte, par l'action de l'hystérie sur les éléments contractiles des vaisseaux, de la diminution de leur calibre. Telle est, du moins, ma conviction personnelle que je n'ai pas à développer ici.

Ce qui se passe lorsqu'on provoque le sommeil chez l'homme ou chez les animaux, en les obligeant à loucher en

haut ou en dedans, en est une preuve de plus. En l'absence d'une étude nécroscopique non encore faite, on peut le comprendre d'après l'analyse de cette manœuvre : Etant donnée une personne ou un animal placés dans ces conditions, la contraction prolongée des muscles de l'œil qui le convulsent en dedans et en haut comprime les vaisseaux de l'orbite, modifie leur circulation, et par suite agit sur la circulation cérébrale qui a avec celle de l'orbite une étroite connexion. N'est-il pas probable que le sommeil et le somnambulisme qui le suit sont amenés par cette action?...

La manière d'éveiller ces endormis le prouve aisément. M. Puel a démontré depuis longtemps, dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, que la catalepsie spontanée cédait à des frictions légères sur les muscles contracturés. Après lui Braid et l'expérience de tout le monde enseignent qu'on éveille ces endormis par une friction sur les paupières; cette friction agit évidemment sur les muscles contracturés et fait cesser leur contracture, comme elle la fait cesser ailleurs; par suite, les vaisseaux sanguins sont délivrés de toute compression, la circulation cérébrale n'est plus troublée et l'animal ou la personne rentrent dans l'état ordinaire. En résumé, nous pensons que l'amnésie, chez cette jeune femme, a pour cause prochaine une diminution momentanée et périodique dans l'afflux du sang à la partie du cerveau qui préside à la mémoire. Nous estimons, de plus, que ce rétrécissement momentané des vaisseaux est dû à l'état d'hystérie de notre malade, état qui a une action sur les éléments contractiles de ces canaux.

Cette conception, qui fait jouer à l'hystérie un rôle nouveau nous mènerait à des considérations trop spéciales de médecine et de physiologie qui trouveront place dans un autre travail.

IV CONCLUSIONS

I. — Félida X*** est atteinte depuis seize ans d'une alté-

ration de la mémoire qui a toutes les apparences d'un dédoublement de la vie.

II. — Cette altération est une amnésie qui porte sur des périodes de temps d'une durée variable, lesquelles, ayant grandi peu à peu, occupent aujourd'hui l'existence presque entière.

III. — Le souvenir, chevauchant par-dessus des états de condition seconde, relie entre elles toutes les périodes d'état normal, si bien que Félida X*** a comme deux existences : l'une ordinaire, composé de toutes les périodes d'état normal reliées par le souvenir; l'autre *seconde*, comprenant toutes les périodes des deux états, c'est-à-dire toute la vie.

IV. — L'oubli est complet, absolu, mais il ne porte que sur ce qui est arrivé pendant la durée de la condition seconde. Il n'atteint ni les notions antérieures ni les idées générales.

V. — En outre de l'amnésie, qui est un phénomène de l'état normal, Félida présente pendant les périodes d'accès des modifications dans le caractère et dans les sentiments affectifs qui n'en sont que la conséquence.

VI. — Cette altération de la mémoire et les phénomènes qui l'accompagne ont pour cause une diminution dans l'apport du sang à la partie du cerveau encore inconnue où doit être localisée la mémoire.

VII — Le rétrécissement momentané des vaisseaux, qui est l'instrument de cette diminution, est provoqué par l'état d'hystérie de Félida X***.

PATHOLOGIE.

DES

COMBUSTIONS VOLONTAIRES

CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr HOSPITAL
de Clermont-Ferrand.

Ces jours-ci, je lisais dans un journal de Paris, le fait suivant : « Une dame anglaise, atteinte d'aliénation mentale, a mis volontairement le feu à son peignoir, et l'a laissé brûler sur elle, sans témoigner la moindre souffrance, et elle est morte quelques heures après..... » Ce fait m'a remémoré des cas de ce genre que j'ai observés ou qui m'ont été transmis, et que je prends la liberté de vous communiquer, tant est grande leur étrangeté.

Les suicides par ignition, paraissent avoir été, de tout temps, assez rares, et si depuis les âges les plus reculés jusqu'à nos jours, les bûchers se sont souvent allumés, soit dans un but de justice, soit par des motifs religieux, combien peu, de ceux qui y ont péri, y ont marché volontairement! Le plus fameux exemple de combustion volontaire que nous offre l'antiquité payenne, celui d'Empedocle, est lui-même fort contestable ; n'est-il pas, en effet, plutôt admissible que le célèbre philosophe d'Agrigente, médecin-naturaliste, en même temps qu'homme d'Etat, a péri, dans l'observation d'un phénomène volcanique,

comme 400 ans plus tard, devait succomber Pline l'Ancien, au pied du Vésuve, dans les mêmes circonstances?

La théogonie de l'Inde, et les sectes qui en dérivent, sont favorables au suicide et le plus remarquable exemple de ce triste résultat se montre dans la presqu'île de Dekkan, particulièrement sur la côte de Malabar; mais la suttée, qui, sollicitée par ses proches, contrainte par le respect humain, marche au bûcher, où repose le corps de son époux, obéit-elle vraiment à une impulsion intérieure? Sont-ce bien des suicides que ces destructions consacrées par la coutume et imposées par une loi religieuse? D'ailleurs, quelle différence entre ces suicides religieux et les suicides philosophiques de la Grèce et de Rome, ceux-surtout qui furent comme la conséquence forcée des doctrines de Zénon et d'Epicure; et entre ceux-ci et le suicide de l'aliéné, doit s'établir une distinction!

Si les religions de l'extrême Orient favorisèrent le suicide, dans le but d'inspirer un noble mépris pour l'existence, celles qui se propagèrent dans l'Occident, à des époques moins anciennes, avec la Bible, l'Evangile, et plus tard le Coran, pour Code, proscrivent la destruction volontaire, par respect pour la vie, don du créateur; mais toutefois elles tendirent à amener le mépris de l'existence matérielle sinon de la vie proprement dite; aussi, voyons-nous, particulièrement dans le christianisme primitif, une multitude de saints être leurs propres bourreaux en s'imposant des tortures; mais tous s'arrêtent sur le seuil de la mort, qu'ils évitent même; car en abrégeant leurs souffrances ils auraient en quelque sorte manqué leur but; saint Jean-de-Dieu, s'applique sur le corps des briques rougies; sainte Radegonde se verse de l'huile bouillante sur ses plaies; sainte Appoline, d'Alexandrie, se jette dans un bûcher, allumé pour elle, au cas où elle ne renierait pas sa foi; mais elle ne fait que précéder l'ordre qui allait

l'y précipiter; ainsi, tous cherchent des souffrances mais non l'extinction.

Au moyen âge, on a vu quelquefois certains visionnaires et des sorciers se jeter volontairement dans le feu, mais la plupart ne purent en sortir sains et saufs, et n'avaient d'autre but que d'en imposer; beaucoup payèrent de leur vie ces fanfaronnades, mais on ne peut voir là des suicides par combustion.

A l'époque moderne ces exemples sont encore fort rares, à peine en trouve-t-on quelques cas indécis dans les *Annales médico-psychologiques*, pourtant si riches en faits intéressants de tout genre; les auteurs sont à peu près muets sur ce mode d'accomplissement du suicide.

A quelles causes attribuer la rareté des combustions volontaires? ne devons-nous pas en attribuer une partie à l'influence bienfaisante du christianisme qui pose, en principe, les *flammes de l'enfer* comme le plus terrible supplice, et la *résurrection corporelle* au jugement dernier? aussi l'horreur d'une pareille mort, la destruction complète du corps, qui en est la suite, souvent la difficulté et l'incertitude de l'accomplissement sont autant de causes qui retiennent le suicide dans la pensée d'un tel projet. Aussi ne voit-on, à peu d'exceptions près, cette idée germer que dans des intelligences ébranlées.

Avant d'exposer nos observations, disons quelques mots rapides sur quelques-unes de celles que nous avons trouvées dans les auteurs. — M. Petit, à l'asile de Maréville, nous cite l'exemple d'une femme de 36 ans, mélancolique, qui fait chauffer un four et se jette dedans; elle en fut retirée à temps. A l'asile de Privas, il y a quelques années, une femme essaya de se précipiter dans le foyer de la cuisine. L'observation la plus curieuse est celle rapportée par M. Brierre de Boismont, dans son ouvrage sur le suicide : il s'agit d'un homme qui se reprochant ses fautes, se livre volontairement aux flammes par expiation; on le surprit

dans une horrible fumée ; une grande partie du corps était carbonisée ; il ne paraissait pas souffrir et se réjouissait à haute voix, d'aller rejoindre sa femme après avoir expié ses forfaits sur le bûcher attisé de ses propres mains, d'après l'ordre de Dieu ; il mourut dix minutes après par hémorrhagie.

Obs. I. — Mélancolie ; mort par incendie volontaire (1874).

La femme X....., habitant la commune de Saint-Bonnet-le-Châtel, perdit son mari en 1873. Cette perte l'affecta vivement, et fit naître chez elle le projet de se donner la mort, malgré l'existence de deux jeunes enfants. Depuis le décès de celui qu'elle regrettait, elle fut continuellement obsédée d'idées noires ; elle n'eut plus aucun souci de la vie matérielle, et s'occupa si peu de ses enfants qu'ils auraient péri de misère sans l'intervention des voisins ; car ils n'étaient plus rien pour elle, et elle les renfermait quelquefois pendant plusieurs jours sans se préoccuper d'eux. L'existence lui devenant de plus en plus à charge, elle résolut d'y mettre fin, ce qu'elle fit, malgré la surveillance dont on l'entourait, un an environ après la mort de son époux.

La veille du jour fixé pour ce fatal projet, elle eut soin *d'éloigner ses enfants* en les envoyant à peu de distance chez de grands parents. Restée seule, elle monte dans le grenier à foin et, dans ce foin, elle pratique une ouverture, un trou assez grand pour pouvoir y pénétrer ; elle s'y glisse et y descend de manière à avoir du foin jusque sous les bras et met alors le feu à ce bucher de son invention. Malgré les souffrances atroces qu'elle a dû endurer dans ce brasier qui a pris feu lentement, elle a eu le courage d'y rester et de ne faire aucun mouvement. L'incendie ayant été aperçu, l'alarme fut donnée et des secours arrivèrent. On chercha aussitôt à retirer la femme X....., qu'on supposait être dans la maison ; mais en ce moment le feu

éclate avec une violence extrême, et les fenêtres se détachant, on distingue le corps qui crépite et brûle. Quand on fut maître du feu, on ne trouva que des fragments de squelette carbonisés.

Obs. II. — Manie des persécutions; essai de combustion sur un lit (1861).

Le sieur B..., cultivateur, âgé de 44 ans, est grand, bien portant, robuste; conduit dans l'asile, on constate chez lui des traces de brûlures au premier degré, à la face, aux bras et cuisse droits; à la jambe droite brûlures au second degré; mêmes traces dans d'autres parties du corps. Il a mis le feu à son lit; interrogé sur le mobile d'une aussi singulière détermination, il répond avec volubilité et dévoile toute une série de conceptions délirantes; ainsi il accuse tantôt ses parents, tantôt des êtres imaginaires, d'avoir tout fait pour le rendre malheureux, de l'avoir persécuté toute la vie, d'avoir obtenu des jugements contre lui, « ils voulaient ma vie, dit-il, et j'aurais fini par les tuer, si je n'avais pris la résolution de me détruire; » d'autres êtres le poussaient au mal; lui ayant demandé pourquoi il avait choisi un genre de mort si terrible : « Je voulais leur montrer, répond-il, que j'étais un homme courageux, qui ne craignait pas la souffrance; mais ils ont bien su me tirer de là pour me faire vivre et me persécuter encore; mais ça finira avec le temps »; il finit par s'animer beaucoup et tombe dans un langage incohérent. B..., a des antécédents; entre autres, une sœur est renfermée à Sainte-Marie; c'est une vieille fille, qui se croit *prêtre* et fait différentes singeries, les unes marquées d'un caractère religieux ou burlesque, les autres très-érotiques; le tout accompagné de grimaces; triste spectacle, que les enfantillages chez un sujet vieux; morte de la dyssenterie en 1873.

Réflexions. — L'état mental de P... est facile à saisir;

c'est un mélancolique-lypémaniaque, agressif et violent, éprouvant des hallucidations, notamment de l'ouïe, à la moindre contrariété ; il lui est venu la pensée de se venger sur quelqu'un des siens ; mais lorsque le paroxysme de la surexcitation est passé, viennent les pensées de découragement, le sentiment du remords qui résulterait d'un homicide et comme conclusion de cette existence malheureuse, ne voyant pas de fin à ses maux, l'idée du suicide pour échapper à la fois aux persécutions et aux rigueurs de la justice; il choisit alors un genre de mort qui puisse montrer son courage à ses ennemis et incendie son lit après s'être préalablement couché dessus; mais la douleur l'en fait bientôt sortir, et il est à remarquer que s'il y a eu hallucination dans l'idée de persécution, il n'y en a pas eu dans l'idée de l'accomplissement du suicide; peut-être est-ce à ce fait qu'il faut rattacher ici l'absence de l'analgésie.

Disons en passant que ces sortes de monomaniaques qui luttent entre l'homicide et le suicide se rencontrent assez souvent. L'issue de cette lutte intérieure dépend fréquemment de circonstances sous l'influence desquelles s'est trouvé le malade au moment du paroxysme ; de là de nombreux homicides qu'on ne saurait expliquer en dehors de la folie et qui sont très-souvent spontanés.

Obs. III. — Désespoir; combustion par le pétrole; analgésie (1864).

La dame R..., âgée de 45 ans, faisait un petit commerce dans les environs de la ville il y a quelques années. Mais mal secondée par ses proches, peu servie par les circonstances, elle fit de mauvaises affaires malgré son courage et sa bonne volonté ; une prise de corps fut lancée contre elle. A peine se vit-elle en prison qu'un violent désespoir s'empara d'elle, et l'idée d'en finir lui vint aussitôt. Les moyens qu'elle pouvait mettre immédiatement en œuvre étaient restreints; mais il lui vint une pensée horrible.

Profitant d'un moment d'éloignement des autres détenues, elle remonte dans un couloir, décroche une lampe à pétrole, en verse le contenu sur ses jupons, et y met le feu ! Aussitôt des tourbillons de flammes l'enveloppent et s'activent par la course à travers le corridor ; affolée, suffoquant, elle appelle du secours; on vient, on l'enveloppe de couvertures et on parvient, non sans peine, à éteindre le feu, après quoi on la couche sur son lit. J'arrivai quelques instants après, et voici ce que je constatai : les jupes étaient réduites en cendres, la chemise tombait en poussière, comme du papier brûlé ; les jambes, les cuisses, le bas-ventre, le bassin présentaient une couleur foncée, due à la suie produite par l'incendie ; partout l'épiderme décollé, *suivait le doigt*, laissant à nu le corps muqueux ; les brûlures n'avaient pas dépassé le deuxième degré, mais cette *vésication* vaste et instantanée ne devait-elle pas néanmoins amener de graves désordres, c'est ce que nous allons voir. La malade était dans un grand état de surexcitation ; la face vultueuse était très-mobile ; la physionomie exprimait le désespoir et l'agitation; elle parlait beaucoup et très-clairement, sans aucun indice de conceptions délirantes ; elle avouait que le chagrin l'avait terrassée au point de lui donner l'idée d'en finir, *mais qu'elle ne ressentait aucune souffrance physique*, le pouls était fort et précipité. Malgré cette apparence bénigne de l'accident, nous n'hésitâmes pas à pronostiquer devant le parquet, que la mort arriverait *dans quelques heures* par ébranlement nerveux, fait qui se réalisa.

Réflexions. — Il est évident que la femme R... en se détruisant d'une manière aussi terrifiante, n'a pas agi sous l'influence d'une impulsion psychique, qu'il n'y a eu chez elle ni hallucination ni délire, qu'elle n'a fait que succomber au désespoir, qu'elle a employé le premier moyen qui s'est offert plutôt à sa vue qu'à son esprit, et qu'elle

l'a mis aussitôt à exécution, sans vouloir réfléchir plus longtemps. Quant à l'analgésie que nous avons constatée chez cette malade, elle n'a rien qui puisse nous étonner ; en effet, quoique infiniment plus rare que chez les aliénés, il est cependant hors de doute qu'elle peut exister chez des êtres sains d'esprit, dans des circonstances particulières ; ainsi, par exemple, dans les cas où existe momentanément une forte contention d'esprit, propre à augmenter l'énergie et à dompter la sensibilité au point de l'annihiler. Les martyrs n'étaient pas des fous et beaucoup d'entre eux ne ressentirent pas les douleurs des supplices; certains états nerveux, comme l'hystérie, l'hypnotisme, la catalepsie, entraînent quelquefois l'insensibilité. Enfin, examinons la manière dont la femme R... est morte. C'est encore un fait acquis que ces morts rapides, quelques heures après de vastes brûlures, et nous en avons été témoin ; dans ces cas, soit que la douleur se révèle de suite, soit qu'elle se réveille un peu plus tard, elle devient bien vite terrible, insupportable, et doit entraîner rapidement, soit une congestion cérébrale, soit une apoplexie nerveuse.

Obs. IV. — Découragement; tristesse; asphyxie par élévation de température (1873).

Le nommé B..., âgé de 19 ans, fut enfermé pour trois mois dans la prison de Clermont, à la suite d'un délit ; quand nous le vîmes, nous fumes frappé de l'expression de découragement empreint sur sa physionomie ; nous lui demandâmes avec bienveillance qu'elle pouvait être la cause de sa tristesse, il nous apprit qu'il était atteint d'une infirmité répugnante, qu'il perdait toujours son urine, et que l'odeur qui en résultait le faisait expulser de partout, qu'ici même ses co-détenus le supportaient avec peine dans le dortoir. L'ayant examiné, nous constatâmes chez lui l'existence d'une exstrophie de la vessie ; cet organe, qui avait été laissé en dehors lors de l'oblitération

abdominale pendant la vie intra-utérine, avait disparu, ne laissant d'autre trace que sa paroi postérieure confondue avec le tégument hypogastrique et laissant voir l'ouverture vésicale des deux urétères qui suintaient sans cesse. J'ai vu un autre cas identiquement semblable ; mais chez celui-ci, un habile bandagiste avait confectionné un appareil collecteur de l'urine; de manière qu'on pouvait dire que ce malade avait vraiment une vessie en caoutchouc. Pour que notre prisonnier fut plus tranquille et qu'il embarrassât moins les autres en même temps, nous l'installâmes dans une chambre-cellule où il pouvait dormir et se soigner tranquillement ; il s'en montra reconnaissant ; malheureusement, l'*athumia* prit le dessus et quelques jours après lui aussi se décida à en finir. Une nuit, il retira la paille de son lit, en fit un monceau au milieu de la pièce et y mit le feu, puis s'étendit sur le lit ; il se fit peu de fumée, mais le brasier flambant avec énergie, porta rapidement l'air de la pièce à une haute température ; d'autant plus que la cellule étant voûtée, faisait office de four. Quand on constata le fait, il était trois heures du matin ; on ouvrit aussitôt les portes ; mais telle était la chaleur de l'air, qu'il nous fut impossible d'y pénétrer, quoique la paille fût alors brûlée complétement. Enfin nous pénétrâmes ; la mort avait dû être extrêmement rapide ; car le malheureux ayant voulu se lever, ne l'avait pu; le corps reposait à moitié sur le lit, à moitié à terre ; tout signe d'existence avait depuis longtemps disparu ; la peau était brunie par la suie et le corps était si rigide, qu'il gardait la même attitude dans quelque position qu'on le mît, et qu'il fut impossible de l'étendre ; la face n'était nullement bouffie.

Réflexions. — Il est probable que ce malade a voulu plutôt s'asphyxier par la fumée que de rôtir au four ; mais l'élément combustible ayant surtout flambé, c'est par élévation de température que la mort s'est produite ; par l'as-

phyxie elle aurait été beaucoup plus lente et, par conséquent, la face plus congestionnée.

Résumé. — Dans les cinq observations que nous venons de relater, y compris celle de M. Brierre de Boismont, l'existence de la folie est évidente dans trois cas; dans les deux autres elle manque, car les deux sujets paraissent avoir obéi à un moment de désespoir. Dans deux cas, il y a eu impulsion hallucinatoire ; dans les autres, simple détermination et choix d'un genre de mort, faute d'autres moyens. La mélancolie, la lypémanie, la manie religieuse y entrent chacune pour une fois, le découragement pour deux fois. Il y a eu analgésie trois fois.

L'idée de mort volontaire par le feu paraît s'être montrée par conséquent surtout dans les monomanies religieuses impulsives et les mélancolies dépressives.

Quant aux moyens préventifs, on comprend qu'il est impossible d'en indiquer de spéciaux ; les ignitions volontaires sont trop rares pour qu'on ait pu observer quelque symptôme précurseur, propre à faire tenir l'observateur en garde, tout ce qu'on doit conseiller dans les cas où quelque parole ou geste serait de nature à faire craindre l'éclosion d'une pareille idée, c'est une surveillance très-étroite, la privation absolue de tout agent combustible, l'éloignement de tout foyer, quand il s'agira particulièrement des malades soupçonnés de tendance au suicide ou à la pyromanie.

DE LA

DYSPHASIE

DANS LA

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par M. Clovis GALLOPAIN

Interne à l'asile de Ville-Évrard.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier, dans ce mémoire, la *difficulté de la parole* dans la paralysie générale, envisagée surtout au point de vue de ses relations intimes avec l'ataxie labiale et la glosso-ataxie.

Nous avons cru devoir remplacer l'expression « *embarras de la parole* » par celle de *dysphasie* (δυς *difficulté*, φάσις *parole*) qui exprime bien mieux la peine qu'a le malade à articuler ses mots et les efforts qu'il fait pour y arriver; la première expression rappelle plutôt, à l'idée, un *certain empâtement de la parole* qui diffère essentiellement de ce que l'on observe dans la paralysie générale.

Après une courte *discussion sur le siége de la lésion*, nous avons fait l'*anatomie pathologique* ; puis, nous avons étudié ces troubles si remarquables de la motilité des lèvres et de la langue, que nous désignons sous les noms d'*ataxie labiale* et de *glosso-ataxie*. Enfin, nous traitons de la *dysphasie* elle-même. Dans un dernier paragraphe intitulé « *Diagnostic* », nous essayons de distinguer la dysphasie de la paralysie générale des autres vices de la prononciation.

Ce travail est l'expression exacte des phénomènes que

nous avons observés sur 65 malades atteints de paralysie générale à différentes périodes.

§ I. — Du siége de la lésion.

M. Bouillaud (1) attribue la difficulté de la parole, dans la paralysie générale, à une lésion des lobes antérieurs du cerveau. Citons plutôt ses propres paroles :

« Les malades, dit-il, ne peuvent mettre à profit leurs » contractions musculaires; il y a désordre, déséquilibration des mouvements, absolument comme chez les individus (animaux) privés de cervelet... Seule, la coordination » des mouvements est abolie. Il est évident que la langue » n'est pas paralysée et si les malades ne peuvent parler, s'ils » commencent d'abord par de simples bégaiements, pour » arriver, par des degrés intermédiaires, au point où les » désordres, l'irrégularité de ces mouvements associés qui » concourent à l'articulation de la parole se prononcent de » plus en plus, jusqu'à la perte complète de cette faculté, » sans que, toutefois, il y ait abolition des mouvements » dans les différentes parties (langue, lèvres, joues, etc.) » qui concourent à la production du phénomène de la parole, il est évident, nous le répétons, que cette perte de » la parole ne tient pas à une paralysie des *instruments*, » mais à une lésion du centre de coordination des mouvements de ces instruments. Dès lors, les mouvements auparavant associés et coordonnés vers un but commun, se » trouvant dissociés et pour ainsi dire abandonnés à eux-mêmes, les différents *rouages* qui en sont le siége, soustraits à l'influence du *pendule* régulateur, continueront » d'aller chacun pour son propre compte, obéiront chacun » isolément et indépendamment des autres à la force brute » qui les anime. Mais le résultat de leurs mouvements sera

(1) In *Gaz. des hôpit.* du 4 septembre 1845.

» nul ou seulement irrégulier et incomplet, quant à la pro-
» duction des phénomènes d'ensemble que les mouvements
» associés et coordonnés étaient destinés à produire. Or,
» quoi qu'en aient dit certains physiologistes, il existe réel-
lement un centre coordinateur des mouvements nécessaires
» à la production de la parole, et ce centre est situé dans
les *lobes antérieurs du cerveau.* »

Nous ne pouvions mieux commencer pour montrer que la *dysphasie*, dans la paralysie générale, tient à l'incoordination motrice; loin cependant, que nous sommes, de nier toute paralysie, dans cette maladie. Nous n'admettrons pas davantage que *seul*, *le centre de coordination des mouvements de la parole* est lésé ; car, ce défaut de synergie motrice existe également pour tous mouvements de la langue et des lèvres autres que ceux nécessaires à l'articulation des mots; de plus, ce n'est pas seulement dans les lèvres que l'on peut constater ces désordres de la motricité, mais dans tous les muscles innervés par le nerf facial, dans ceux des paupières par exemple.

C'est pourquoi, après avoir remarqué que ces troubles de la motilité existent dans tous les muscles innervés par l'hypoglosse et le facial, et qu'ils peuvent se produire à l'occasion de tout mouvement, quel que soit son but; après avoir remarqué, en outre, que la coordination des mouvements résulte de l'action de la moelle et non de celle du cerveau; c'est pourquoi, dis-je, nous irons chercher la cause de ces phénomènes au niveau de l'origine même des nerfs grand hypoglosse et facial.

M. Lasègue (1) nie toute relation entre la *dysphasie* et l'ataxie labiale et linguale:

« A côté du tremblement des lèvres, dit-il, l'hésitation de
» la parole prend place parmi les signes pathognomoniques.

(1) *De la paralysie générale progressive*; thèse de concours, Paris, 1853.

» Si je n'en ai pas fait mention à la suite du frémissement » de la langue, c'est que j'ai peine à comprendre la relation » intime qu'on admet ordinairement entre ces deux phéno- » mènes ; l'incertitude de la parole n'est pas en proportion » avec le tremblement de la langue, elle ne dépend pas da- » vantage du mouvement vermiculaire des lèvres, auquel on » l'a attribuée. A défaut d'explication physiologique, on a » essayé d'établir une dépendance entre l'hésitation de la pa- » role et les dispositions d'esprit du malade. Il est vrai que » la prononciation peut être plus ou moins altérée, suivant » que le paralytique s'anime ou reste calme, mais on aurait » tort de généraliser des cas individuels. »

Du reste, plus loin, M. Lasègue réfute lui-même encore mieux cette explication, quand il conseille, avec tant de raison, « de faire lire les malades, pour dégager son examen de toute complication ». Pendant la lecture, en effet, on peut observer les mêmes phénomènes que quand le paralytique énonce sa propre pensée. Ces dernières considérations réfutent également l'opinion de M. Linas (1) quand il dit qu'il y a dans le « phénomène morbide que nous décrivons » un troisième élément dont l'influence a été très-judicieu- » sement signalée par M. Bouillaud, c'est la perte de la mé- » moire des mots qui accompagne presque toujours la gêne » de la prononciation ». Du reste, Delaye (2) avait déjà dit: « Les malades sont obligés de faire des efforts pour pronon- » cer certains mots; il semble qu'ils ne peuvent trouver ceux » qu'ils veulent employer, et souvent cette difficulté appa- » rente *résulte seulement de la peine qu'ils ont à les pronon-* » *cer.* »

Quant aux rapports qui existent entre le tremblement des

(1) *Recherches sur les questions les plus controversées de la paralysie générale* ; thèse. Paris, 1857.

(2) *Sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés* ; thèse. Paris, 1824.

lèvres et de la langue et la difficulté de la parole, rapports niés par M. Lasègue, nous espérons les démontrer plus loin.

Actuellement, nous adopterons complétement les idées que Marcé (1) a si bien exprimées, quand il a écrit que « la diffi-» culté dans l'articulation des sons résulte du tremblement » et de la contraction irrégulière et comme convulsive des » muscles de la langue, des lèvres, de la face et quelquefois » de la mâchoire inférieure: au moment où le malade ouvre » la bouche pour parler, avant même qu'il n'ait prononcé » une seule parole, on constate sur le muscle orbiculaire et » au niveau du releveur de la lèvre supérieure un tremble-» ment fibrillaire tout à fait caractéristique, la mâchoire » elle-même oscille un instant, puis après quelques secondes » d'efforts et d'hésitation, la première syllabe est émise. »

Pour nous donc, la *dysphasie* reconnaît pour cause *l'ataxie linguale* et *labiale* et cette *ataxie* elle-même a sa raison anatomique dans une altération du bulbe, au niveau du plancher du quatrième ventricule, où se trouvent les noyaux d'origine des nerfs crâniens et notamment ceux des nerfs grand hypoglosse et facial.

§ II. — Anatomie pathologique.

Dans seize autopsies, que nous avons faites, de paralytiques généraux, nous avons constamment trouvé des lésions dans le bulbe, au niveau du plancher du quatrième ventricule. Ces lésions portent sur l'*épendyme*, sur les *vaisseaux* et sur la *substance nerveuse*.

L'*épendyme*, qui tapisse le plancher du quatrième ventricule, est recouvert de granulations, qui souvent sont plus prononcées à la partie inférieure qu'à la partie supérieure; généralement, elles sont très-apparentes; quelquefois cependant, pour les voir, on est obligé d'avoir recours à la lumière oblique. Dans un cas, nous avons trouvé le ventricule d'Aran-

(1) *Traité des maladies mentales*. 1862.

tius comblé par ces granulations qui avaient alors un développement considérable (2mm) et offraient l'aspect d'excroissances papilliformes.

Si, saisissant une de ces saillies avec une pince, on la détache de l'épendyme, on remarque qu'elle est très-adhérente et que sa base présente de petits prolongements fibrillaires qui l'unissent au tissu sous-jacent ; leur examen microscopique montre qu'elles sont formées de tissu conjonctif, ainsi du reste, que l'ont constaté MM. Magnan et Mierzejewsky, qui leur ont même donné le nom de fibrômes (1).

Leur existence est constante, mais elles peuvent se rencontrer ailleurs que dans la paralysie générale.

Les *vaisseaux* présentent un développement considérable; où ils apparaissent le plus nombreux, c'est dans les parties profondes de la couche de matière grise, qui forme le plancher du quatrième ventricule et dans la substance blanche sous-jacente, dans une épaisseur variable. Entre les deux substances, où la congestion est certainement à son maximum, on trouve quelquefois de très-petits foyers hémorrhagiformes, qui sont plutôt constitués par une simple coloration en rouge du tissu, par des globules rouges extravasés, que par une hémorrhagie véritable : leur étendue en surface ne dépasse guère celle d'une lentille et souvent elle est moindre.

La vascularisation de cette région ne peut être comparée qu'à celle de la substance grise hémisphérique, dans la même maladie.

Les parois des vaisseaux sont épaissies.

La *couche de matière grise*, qui forme le plancher du quatrième ventricule, est presque toujours plus ou moins ramollie : dans un cas, nous l'avons trouvée comme exulcérée, en partie détruite.

(1) In *Arch. de physiologie*. 1873.

Elle se présente sous l'aspect d'une substance demi-transparente, quelquefois très-légèrement colorée en jaune, d'une consistance gélatiniforme.

Par l'examen microscopique, à l'état frais, nous avons trouvé dans cette substance :

De la matière amorphe finement granulée, surtout dans les parties superficielles ;

Des granulations graisseuses isolées ;

Des globules rouges plus ou moins altérés ;

Mais surtout, des éléments cellulaires, généralement arrondis, quelquefois ovalaires, extrêmement nombreux en certains points, plus rares en d'autres, de dimension très-variable, à contenu homogène, ou à peine grenu ;

Au niveau des noyaux d'origine des nerfs hypoglosse et facial, nous avons trouvé quelques cellules grises seulement non altérées, avec leur noyau, leur nucléole et leurs prolongements ; presque toutes avaient perdu leur contour et apparaissaient sous forme de masses irrégulières, semblables, composées de granulations, et présentant souvent une coloration d'un jaune rouge ; d'autres n'avaient plus rien dans leur aspect, qui pouvait faire supposer qu'elles provenaient d'une destruction des cellules grises, si nous n'avions eu, sous les yeux, des altérations à des degrés divers.

Cette couche de matière grise enlevée, nous avons trouvé, presque toujours, la substance blanche sous-jacente ramollie ; car, en laissant tomber un filet d'eau sur cette substance, elle se désagrégeait, plus ou moins selon les cas, tout autour des vaisseaux. Chez un sujet, cependant, au lieu d'être ramolli, le tissu nerveux était au contraire manifestement induré.

En résumé, nous avons à noter trois points principaux : *vascularisation très-intense ; prolifération cellulaire ; destruction des cellules grises* des noyaux d'origine des nerfs grand hypoglosse et facial.

Ces lésions peuvent déjà nous faire supposer que nous devrons trouver, dans le phénomène morbide que nous étudions, des symptômes de deux ordres : des symptômes d'excitation et des symptômes de paralysie, ces derniers étant dus à la destruction des *éléments nobles*, qui sont étouffés par la multiplication des éléments cellulaires précédemment décrits.

Passons maintenant à l'observation clinique des faits.

§ III. — Ataxie labiale.

Les troubles, que nous allons étudier, n'existent que pendant l'activité fonctionnelle. Quand le malade ne fait aucun effort pour exécuter un mouvement avec ses lèvres, il n'existe rien, dans ces voiles membraneux, qui pourrait donner une idée de l'ataxie si remarquable, qui se produit pendant la contraction musculaire. Mais, que les muscles entrent en action, et c'est alors que l'on constate ces troubles si frappant de la motilité, troubles généralement plus prononcés dans la lèvre supérieure que dans la lèvre inférieure.

D'une manière générale, nous pouvons dire *qu'un mouvement, ayant une direction et une étendue déterminées, est précédé et surtout suivi d'une série de mouvements involontaires, ayant la même direction que le mouvement volontaire, mais presque toujours une moindre étendue.*

Supposons, par exemple, que les lèvres aient à exécuter un mouvement coordonné pour la prononciation d'une syllabe, voici ce que nous observerons : ce mouvement n'est pas plus tôt commencé que les antagonistes des muscles, qui se contractent, entraînent les lèvres dans une direction opposée ; alors, le premier mouvement recommence, entravé, une seconde fois, par la contraction intempestive des antagonistes ; ces contractions alternatives se répètent ainsi plusieurs fois, jusqu'à ce que le résultat soit atteint. Mais,

la production du mouvement voulu, et par suite la prononciation de la syllabe, ne marque nullement le terme de ces contractions alternatives, qui continuent encore plus ou moins longtemps, en devenant de plus en plus faibles. Telle est la lésion, quand elle se montre avec ses caractères les plus tranchés.

Quelquefois il y a exagération de la contraction musculaire, c'est-à-dire qu'il y a augmentation des qualités d'*étendue*, de *force*, de *vitesse*, qui sont dévolues au mouvement par l'incitation motrice volontaire.

Il semble donc, chez ces malades, que si la volonté a toujours le pouvoir de provoquer l'action musculaire, elle soit devenue presque impuissante pour diriger et mesurer cette action; ou plutôt elle est obligée, pour arriver à ses fins, de *lutter* contre une force étrangère, qui soustrait en partie, à son empire, les mouvements des lèvres; de sorte que ces mouvements, qui naguère s'exécutaient, pour ainsi dire, d'eux-mêmes, et sans presque que le malade en ait conscience, sont devenus, maintenant, des mouvements *voulus*, ne pouvant s'exécuter qu'avec une attention et des efforts soutenus.

L'*ataxie labiale* se manifeste principalement pendant la *parole*; mais, on peut aussi l'observer, quelquefois, pendant la mastication, et surtout dans les efforts faits pour ouvrir la bouche; il est encore une autre circonstance, où on l'observe assez bien: c'est quand on excite le malade par la douleur: les muscles de la face, qui se contractent alors pour l'expression de la souffrance, sont arrêtés dans leur action par la contraction intempestive des antagonistes, et il se produit une série de mouvements tout à fait caractéristiques.

Avant d'aller plus loin, posons une *loi*, que nous énoncerons ainsi: *La répétition des mouvements directs et opposés, qui précèdent et suivent un mouvement déterminé, est essentiellement en rapport avec l'étendue et la vitesse*

de ce dernier mouvement. En d'autres termes, l'ataxie labiale sera d'autant plus prononcée, que les mouvements seront plus étendus et s'exécuteront plus rapidement. S'ils sont très-limités, ce phénomène s'observera peu, ou même point du tout.

C'est pourquoi, pendant l'acte de la mastication, où les muscles des lèvres sont peu actifs et ne se contractent que faiblement, on n'observe que peu ou pas d'ataxie.

Lorsque le malade fait effort pour ouvrir la bouche, le phénomène morbide, que nous étudions, se manifeste d'une façon bien plus évidente, soit dans les muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, soit dans le muscle buccinato-labial : on voit, en effet, les commissures agitées d'un véritable tremblement de dedans en dehors et de dehors en dedans, en même temps qu'existent, dans les lèvres, des mouvements d'élévation et d'abaissement, ou seulement des contractions fibrillaires.

Cette même loi, que nous avons posée, nous explique également pourquoi c'est particulièrement à l'occasion de la *prononciation des consonnes,* que l'ataxie labiale s'accuse au plus haut degré : c'est qu'en effet, les *mouvements*, nécessaires à l'articulation des *consonnes*, exigent plus de *force* et *d'étendue* que ceux qui accompagnent la prononciation des voyelles.

Il ne faudrait pas croire que l'on doive toujours observer, dans la paralysie générale, la répétition d'un mouvement ; nous avons vu, en effet, que si ce dernier est très-limité, il n'y a point ou à peine d'ataxie ; mais, souvent aussi, ce phénomène morbide se borne à des *contractions fibrillaires*, qui existent dans les muscles, qui doivent entrer ou qui sont entrés en action, *contractions fibrillaires* qui sont trop faibles pour produire un mouvement, mais, qui n'en sont pas moins caractéristiques,et qu'on observe très-bien,à cause des insertions cutanées des muscles de la face.

Nous venons d'étudier *l'ataxie labiale* en général, voyons

maintenant, en quoi elle consiste, dans chacune des périodes de la paralysie générale.

Première période. — Les phénomènes de début sont de simples *contractions fibrillaires*, que l'on observe de temps en temps, à l'occasion d'un mouvement plus considérable que d'habitude ; peu à peu, ces contractions fibrillaires se montrent plus souvent et accompagnent la plupart des mouvements exécutés par les lèvres. Ces contractions siégent principalement dans l'orbiculaire des lèvres, dans les élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure et dans le muscle de la houppe du menton. Mais, c'est alors que les mouvements les plus étendus entraînent, non plus seulement des *contractions fibrillaires* dans les muscles qui produisent ces mouvements, mais la *répétition* de ces mêmes mouvements, répétition qui est d'abord toujours *incomplète*, et qui, plus tard, devient quelquefois *complète*.

Deuxième période. — A la fin de la première période et pendant la seconde, la *reproduction* des mouvements est la règle, les contractions fibrillaires, l'exception. Mais généralement, le malade, qui a conscience de ce désordre de la motilité, s'efforce, soit par raisonnement, soit par instinct, à en atténuer les conséquences; et il y parvient en *diminuant l'étendue et la rapidité des mouvements :* modification dont on s'explique facilement les résultats, si l'on tient compte de la *loi* que nous avons posée. Pour atteindre ce but, c'est-à-dire pour diminuer l'ataxie labiale, le paralytique parlera, désormais, en tenant la *mâchoires* de plus en plus *rapprochées*.

Au milieu de la deuxième période, il semble que le malade craint de mouvoir la lèvre supérieure, qui est un peu pendante et qui paraît moins mobile qu'autrefois ; on dirait qu'il y a un commencement de paralysie : nous ne voulons point nier l'existence d'une certaine parésie des lèvres, mais elle est encore bien peu prononcée, surtout quand nous nous rappelons avec quelle force certains malades, que nous

avons observés, appliquaient les lèvres l'une contre l'autre, et avec quelle difficulté on parvenait à les écarter, quand, refusant toute nourriture, on voulait essayer de les faire manger malgré eux.

Cette diminution de la motilité n'est pas réelle ; elle est surtout volontaire, et n'existe que dans le but d'éviter l'ataxie labiale.

A la fin de la deuxième période, la *parésie* devient plus manifeste, et souvent elle est plus prononcée d'un côté : c'est ainsi, par exemple, que, pendant la parole, l'une des commissures est moins mobile que l'autre, et que les moitiés droites ou gauches des lèvres s'écartent davantage et exécutent des mouvements plus étendus.

Troisième période. — Ce qui caractérise la troisième période, ce sont les progrès de la paralysie ; la *répétition* des mouvements devient moins fréquente, et est remplacée par des *contractions fibrillaires.*

La lèvre supérieure pendante et immobile, semble être « devenue, dit M. Linas, un obstacle plutôt qu'un moyen « pour l'exercice de la parole ». Quand le malade veut la mouvoir, il fait des efforts, attend un instant, comme si l'incitation motrice avait de la peine à arriver jusqu'aux muscles, et la lèvre se meut, lentement, tout d'une pièce, comme une masse inerte, dont la vie serait disparue de chacune de ses parties.

Ainsi, les *contractions fibrillaires* existent aux deux périodes extrêmes de la paralysie générale, la période intermédiaire étant caractérisée par la *répétition* des mouvements.

§ IV. — Glosso-ataxie.

Les mêmes troubles de motilité, que nous venons de décrire dans les lèvres, existent également dans la langue. En faire la description, serait répéter inutilement, mot pour mot, ce que nous venons de dire. Du reste, l'importance

pratique est ici moindre ; car, ce n'est que chez des malades qui se prêtent volontiers à l'observation, que l'on peut étudier facilement et complétement la glosso-ataxie.

Notons, cependant, quelques particularités.

Si l'on dit à un paralytique de tirer la langue, il ne le fait point posément, comme à l'état normal. Ce n'est pas un mouvement qui se produit, mais une série de mouvements : d'abord, la langue est *projetée* en avant, comme si le malade ne pouvait plus mesurer la quantité de force qu'il doit employer; mais, ce mouvement de projection est arrêté par la contraction brusque des muscles antagonistes, qui ramènent l'organe dans la cavité buccale ; alors, le premier mouvement recommence, suivi une seconde fois de la contraction intempestive des antagonistes ; cette succession de mouvements peut durer ainsi un certain temps : souvent, ils cessent en partie, quand le malade a le soin d'appuyer la langue sur la lèvre inférieure.

Le phénomène que nous venons de décrire est loin d'être toujours aussi prononcé; il n'existe même, plus ou moins accusé, que dans les deux tiers des cas; nous l'avons trouvé, à des degrés très-divers, 41 fois sur 65 malades.

Du reste, ce serait une erreur de croire que c'est seulement le mouvement en avant qui peut être la cause occasionnelle d'une série de mouvements alternatifs et opposés : on peut constater ce phénomène dans tous les mouvements que l'on fait exécuter à la langue, et notamment dans ceux d'élévation.

On peut dire que la *parésie* a envahi la langue, quand, pour maintenir l'organe en dehors de la bouche, le malade est obligé de faire des efforts manifestes et soutenus.

A la troisième période, la paralysie de la langue peut être telle, que la pointe de cet organe puisse à peine avancer jusqu'au niveau de l'arcade dentaire inférieure.

Que l'on ne s'imagine point que l'ataxie labiale et la glosso-ataxie soient des symptômes qui marchent toujours

de pair, et que la lésion doive toujours être aussi prononcée d'un côté que de l'autre. Généralement, au contraire, l'incoordination motrice prédomine, soit dans les lèvres, soit dans la langue.

Quelquefois même, l'ataxie labiale est des plus complètes, alors qu'on ne constate rien d'anormal dans les mouvements de la langue; et, vice-versa, il peut y avoir une glosso-ataxie des plus marquées, alors qu'on n'observe presque rien dans les lèvres.

§ V. — De la dysphasie.

La difficulté de la parole, dans la paralysie générale, est la conséquence naturelle et forcée de l'ataxie labiale et linguale. Quand, en effet, tout mouvement, exécuté par les organes de la parole articulée, est la cause occasionnelle d'une série de mouvements analogues, mais plus ou moins étendus, comment veut-on, qu'avec une pareille lésion, l'articulation verbale reste aussi facile qu'à l'état normal? Comment ne pas admettre une relation intime entre la dysphasie et l'ataxie, quand on a observé des cas particuliers comme ceux-ci : une glosso-ataxie isolée, coïncidant avec la prononciation difficile des consonnes linguo-palatines seules; et une ataxie labiale isolée coïncidant avec la prononciation difficile des consonnes labiales seules? Nous ne nous arrêterons pas davantage sur un fait aussi évident.

La *parole*, chez les paralytiques généraux, peut présenter les altérations suivantes :

1° Prononciation incomplète d'une syllable.

2° Une syllabe est sautée dans un mot.

3° Répétition incomplète d'une syllable.

4° Répétition complète, une ou plusieurs fois, d'une syllabe (cette altération n'est qu'un degré plus avancé de la 3e).

5° Arrêt de la parole, se manifestant subitement au moment de prononcer une syllabe.

6° Hésitation de la parole.

7° Prononciation d'une lenteur extrême et uniforme.

8° Mutisme.

Il nous est facile de pénétrer le mécanisme de ces diverses altérations de la parole, en nous rappelant ce que nous avons dit de l'ataxie labiale et de la glosso-ataxie.

Nous avons vu, en effet, que ces lésions consistaient invariablement dans la répétition, soit complète, soit le plus souvent incomplète, des mouvements, soit simples, soit coordonnés vers un but commun ; répétition qui peut précéder ou suivre l'exécution de ces mouvements.

Les deux premières altérations de la parole peuvent être dues soit à la *syllabe précédente*, soit à la *syllabe* sur laquelle elles se manifestent :

Dans le premier cas, la répétition des mouvements, exécutés pour la prononciation de la syllabe précédente, continue toujours, alors que, pour l'articulation de la syllabe suivante, les organes de la parole devraient se mouvoir dans une autre direction ; et, le malade, qui ne s'attend pas à cet obstacle, *saute* cette syllabe ou la *prononce incomplétement*, selon le degré de l'ataxie.

Dans le second cas, s'il arrive que, par la contraction intempestive des muscles antagonistes, les mouvements coordonnés pour la prononciation d'une syllabe soient entravés, le malade, qui ne s'attend nullement à cette difficulté de la parole, et dont la volonté a déjà donné des ordres, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, pour l'exécution des mouvements nécessaires à la prononciation de la syllabe suivante, prononce cette syllabe et *saute* la précédente. Si maintenant, l'action des antagonistes est moins marquée, on comprend facilement que les mouvements, coordonnés pour la prononciation d'une syllabe, s'exécutant, mais in-

complétement, entraîneront la prononciation plus ou moins incomplète de cette syllabe.

Du reste, il arrive très-souvent que le malade ne *saute* que la *consonne* et *prononce bien* la *voyelle* de la syllabe; ce dont on se rend parfaitement compte, si l'on se rappelle que les consonnes, exigeant, pour leur prononciation, des mouvements beaucoup plus étendus et plus forts que les voyelles, doivent entraîner par cela même une ataxie d'autant plus marquée (voyez. p. 55 et 56).

Assez souvent, cette répétition des mouvements coordonnés, cette contraction aussi brusque qu'inattendue des muscles antagonistes surprend tellement le malade, qu'il y a un *arrêt* momentané de la parole, qui continue après la cessation de ces mouvements anormaux et involontaires.

Cet arrêt de la parole peut aussi être dû à l'exagération d'un mouvement : c'est ce qui arrive, par exemple, quand les lèvres, pour la prononciation d'une consonne labiale, au lieu de s'arrêter à un contact plus ou moins superficiel, s'appliquent fortement et assez longtemps l'une contre l'autre.

Le mécanisme de la *répétition complète* ou *incomplète* d'une syllabe est très-simple, et résulte nécessairement de la *répétition complète* ou *presque complète* des mouvements coordonnés pour la prononciation de cette syllabe.

L'*hésitation* de la parole est un phénomène plus complexe, et résulte de l'intervention soutenue de la volonté et de l'intelligence. Il arrive fréquemment, en effet, que le malade, sentant que la répétition plus ou moins complète de ces mouvements coordonnés l'empêche d'imprimer aux organes de la parole articulée les mouvements qui doivent être produits pour la prononciation de la syllabe suivante, *traîne* sur la voyelle de la syllabe précédente, jusqu'à ce que les mouvements nouveaux soient possibles : c'est alors que l'on observe une *lenteur* subite, qui tranche, de la façon la plus nette, sur la vitesse habituelle de la parole;

cette lenteur se fait aussi sentir sur les deux ou trois syllabes suivantes, ou sur une seule.

C'est dans ces circonstances que l'on peut constater les *efforts* faits par le malade, pour lutter contre la *répétition automatique* des mouvements et pour mouvoir à son gré ses organes de la parole, qui refusent d'obéir à sa volonté ; c'est aussi dans ces circonstances que l'on observe quelquefois le *brusque rapprochement* des mâchoires, rapprochement qui facilite singulièrement les mouvements, en en diminuant l'étendue. C'est ainsi que l'*hésitation* de la parole, sa *lenteur subite* et passagère, les *efforts* faits par le malade, le *claquement* brusque des mâchoires, sans être synonymes, reconnaissent une seule et même cause et se manifestent dans le même but.

L'*hésitation* diffère de l'*arrêt* de la parole en ce que, dans le premier cas, le malade traîne sur les voyelles.

En parlant lentement, le paralytique s'expose moins à être gêné par la répétition des mouvements synergiques de la langue et des lèvres, répétition qui est terminée quand commence le mouvement suivant; l'intervalle qu'il met entre chaque syllabe peut être regardé comme le temps nécessaire à la cessation de l'ataxie. Ceci nous conduit à parler de quelques malades qui, bien convaincus de leur infirmité et de son existence constante, recherchent les moyens à l'aide desquels ils pourront remédier à leur dysphasie : peu à peu ils finissent par remarquer que c'est par une prononciation très-lente, qu'ils arriveront à éviter ce vice de la parole ; et, désormais, ils ne parlent plus qu'avec une *lenteur uniforme*. Du reste, l'instinct agit peut-être ici tout autant que le raisonnement.

« Pourquoi parlez-vous si lentement? » demandions-nous un jour à un médecin qui, atteint d'une paralysie générale, s'exprimait avec une *lenteur extrême et uniforme*, et qui, pendant la marche, présentait, en outre, les symptômes d'ataxie locomotrice les plus évidents. « C'est, dit-il, parce » que je suis resté deux ans brouillé avec ma famille ; pen-

» dant tout ce temps, j'ai vécu isolé dans ma chambre, ne » parlant à personne : c'est à la suite de ce défaut d'exer- » cice de la parole, que s'est manifestée cette lenteur ; mais, » s'empressait-il d'ajouter, il y a *lenteur* et non *embarras.* »

Il est facile de s'assurer que la lenteur de la parole peut faire disparaître la dysphasie ; et, pour l'observer, il suffit de faire chanter le malade.

Dans certains cas, les mouvements coordonnés se repètent complétement et presque indéfiniment : un malade, par exemple, prononcera une syllabe un grand nombre de fois ; la syllabe suivante sera également répétée un grand nombre de fois, et ce même phénomène se reproduira à toutes les syllabes. Chez ces malades, la parole est devenue complétement impossible. Aussi, ne doit-on pas s'étonner de ce qu'alors les paralytiques, irrités de l'inanité de leurs efforts, découragés par un pareil désordre, se refusent à prononcer ou à essayer de prononcer une parole. C'est là une des origines du *mutisme,* dont il nous reste encore à dire quelques mots.

Le *mustisme* peut aussi être dû à une paralysie très-avancée de la langue et des lèvres. Mais, nous voulons surtout signaler son existence dans les attaques congestives et épileptiformes, se prolongeant même plusieurs jours après l'attaque quand celle-ci a été forte. Pour expliquer ce mutisme, nous admettrons (et la localisation que nous avons faite de la lésion, justifie pleinement cette hypothèse) que la congestion sanguine, par la compression des noyaux d'origine des nerfs grand hypoglosse et facial, compression due soit à la réplétion sanguine elle-même, soit à un exsudat, entraîne la paralysie momentanée de ces mêmes nerfs, paralysie qui disparaît en partie, après la cessation de la congestion, ou la résorption plus ou moins complète de l'exsudat.

Etudions maintenant la dysphasie, sous un autre point de vue, et suivons-là aux différentes périodes de la paralysie générale.

Des contractions fibrillaires existent déjà dans les lèvres ou la langue, depuis quelque temps, quand la dysphasie commence à se manifester. Ordinairement, la difficulté de la parole peu sensible au début, se prononce de plus en plus. Quelquefois, on l'observe d'emblée après une attaque congestive, qui marque souvent le début d'une paralysie générale. Quoi qu'il en soit, le malade à des intervalles plus ou moins éloignés, *prononce incomplétement* une consonne; plus tard, il *saute* une syllabe ou la *répète* plus ou moins complétement; ou enfin, on peut constater un *arrêt subit* et tout à fait passager de la parole.

Au bout d'un certain temps, il commence à s'apercevoir qu'il existe, dans la motilité des lèvres et de la langue, une gêne qu'il n'était pas accoutumé à avoir; et bientôt, il dirige son attention sur les mouvements de ces organes, afin de s'opposer, autant que possible, aux troubles fonctionnels dont ils sont le siége, quand ces mêmes mouvements, autrefois, s'exécutaient pour ainsi dire d'eux-mêmes, presque en dehors de tout contrôle cérébral. Maintenant, au contraire, il est obligé, par moment, de faire des efforts pour parler, et la volonté et l'attention interviennent, pour diriger et mesurer l'action musculaire. Mais l'influence cérébrale est impuissante à corriger cette incoordination motrice; elle peut *tourner* la difficulté, la vaincre, *non;* car le centre de coordination des mouvements de la parole est dans le bulbe, et il existe, dans la paralysie générale, comme nous l'avons vu plus haut, un état pathologique du bulbe.

Cependant, le malade reconnaît ou sent, tôt ou tard, qu'il est des circonstances dans lesquelles la dysphasie est moins prononcée. Ces circonstances constituent de véritables palliatifs, dont, soit par raisonnement, soit par instinct, il va chercher à tirer parti.

Ces palliatifs de la *dysphasie* sont au nombre de deux :

1° La *lenteur* de la prononciation;

2° La *diminution de l'étendue* des mouvements exécutés par les lèvres et la langue.

C'est pourquoi, le malade, au lieu de s'exposer à *sauter* ou à *répéter* une syllabe, intervient, par sa volonté pour *ralentir* la parole, et cette *lenteur* qui est d'abord subite et passagère, finit souvent par devenir continuelle, se prononçant cependant encore davantage quand l'ataxie devient elle-même plus marquée.

Ainsi, la *lenteur* de la parole est, pour le paralytique général, un moyen d'éviter des troubles plus graves, tels que la *répétition* d'une syllabe, ou la *prononciation incomplète* d'un mot; et cette *lenteur* est en raison directe des troubles fonctionnels causés par l'ataxie labiale et la glosso-ataxie. Plus les mouvements sont lents, en effet, moins il existe d'ataxie dans les mouvements des lèvres et de la langue (voyez page 55 et suiv.); d'autre part, si le malade attend, avant de commencer un mouvement nouveau, que le désordre provoqué par le mouvement précédent, soit terminé, il est évident que la parole sera d'autant plus libre. Mais, c'est surtout quand le malade, pour exécuter ce mouvement nouveau, *lutte* contre la répétition du mouvement précédent, afin de ramener les organes de la parole articulée dans la direction nécessaire pour prononcer la syllabe suivante, qu'on le voit *traîner* sur la voyelle de la syllabe précédente, jusqu'à ce qu'il *sente* que les mouvements nouveaux soient possibles ; c'est dans ce même cas que l'on peut constater, avec évidence, les *efforts* considérables qu'il fait pour parler.

La dysphasie n'est point toujours continuelle ; souvent même elle n'existe que par moment; et, si l'on observe les malades avec beaucoup d'attention, on se convainc facilement que la difficulté de la parole se manifeste, quand les mouvements exécutés par les lèvres et la langue deviennent plus *étendus*. Nous avons vu, en effet (page 55 et suiv.), que plus les mouvements sont étendus, plus l'ataxie se prononce. Aussi, le malade, qui finit par avoir conscience de ce fait, s'efforce-t-il de diminuer, autant que possible, *l'étendue* des mouvements nécessaires pour l'articulation verbale; et il y

parvient, en tenant la bouche moins ouverte pendant la parole. C'est là, un nouveau symptôme que nous n'avons trouvé noté que dans Bayle (1), qui dit que, dans le deuxième degré de la troisième période de la paralysie générale, « quelques malades parlent en serrant les mâchoires ». Mais ce symptôme, au lieu de se rencontrer chez quelques malades seulement, est presque *constant*, plus ou moins prononcé, il est vrai, selon que la maladie est plus ou moins avancée. Avant de « serrer les mâchoires », ils diminuent seulement l'ouverture buccale, et n'arrivent à cette extrémité, qu'après avoir passé par des degrés intermédiaires. Ce symptôme peut même exister déjà dans la première période : « Pourquoi, quand vous parlez, tenez-vous les mâchoires aussi rapprochées? » disions-nous un jour, à une malade, qui n'était encore qu'à la première période de l'affection, et qui avait conservé presque toute son intelligence. « *C'est parce que*, nous répondit-elle, *ma langue est paralysée, et qu'autrement je ne pourrais pas parler* ». Sur notre demande, elle essaye de prononcer quelques mots en ouvrant la bouche, comme elle l'ouvrait autrefois, avant d'être malade; mais alors, elle est absolument incapable d'articuler un mot; et, l'on remarque, en même temps, que la langue, qui exécute dans la bouche de nombreux mouvements (glosso-ataxie complète), ne peut arriver à se mettre en contact avec le palais: d'où l'impossibilité absolue de prononcer une consonne linguo-palatine.

Ainsi, les paralytiques généraux parlent en tenant les ARCADES DENTAIRES *plus rapprochées* l'une de l'autre, qu'ils ne les tenaient ordinairement avant d'être malades ; et souvent, dans la deuxième et surtout dans la troisième période, les arcades sont presque en contact.

Notons également leur *immobilité relative*, dans la position adoptée par le malade, au commencement de la parole.

Cette façon de parler donne à la voix un caractère spé-

(1) *Nouvelle doctrine des maladies mentales*. Paris, 1825.

cial, dont il faut tenir compte dans le diagnostic. Nous ne voulons point, du reste, exagérer l'importance de ce symptôme, qui, bien qu'existant réellement, perd beaucoup de sa valeur en présence des habitudes individuelles : aussi, avons-nous eu soin de dire que les paralytiques généraux parlent en tenant les arcades dentaires plus rapprochées qu'ils ne les *tenaient avant d'être malades.*

Le malade, avons-nous dit, sait ou plutôt sent instinctivement que les mouvements un peu étendus, qu'il imprime à ses lèvres, entraînent de la difficulté dans la prononciation; aussi s'efforce-t-il de parler en contractant ses muscles le moins possible : de là, cette *immobilité remarquable* de la lèvre supérieure, qui a été notée par M. Linas (1), M. Calmeil (2) dit aussi, à propos d'un malade : « la prononciation semblait se faire par des *efforts du gosier*, comme si les lèvres et la langue n'y eussent été pour rien ». Ajoutons que, dans ces cas, les consonnes labiales se prononcent en *soufflant*.

Si l'ataxie labiale et la glosso-ataxie jouent très-certainement le plus grand rôle dans les phénomènes que nous venons d'étudier, il faut aussi tenir compte, à la fin de la deuxième et dans la troisième période, de la parésie musculaire.

Dans les attaques congestives et épileptiformes, nous avons déjà vu qu'on observait le *mutisme*; mais, plus tard, quinze jours après, par exemple, quand la parole est revenue aussi complétement qu'elle peut l'être dans ces cas-là, on peut constater que les phénomènes dysphasiques sont en général plus marqués qu'ils ne l'étaient avant.

Pendant les *accès d'agitation*, la plupart des auteurs disent que la difficulté de la parole disparaît (MM. Bayle (3),

(1) In *loc. cit.*

(2) *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris, 1826.

(3) In *loc. cit.*

Calmeil (1), Lunier (2), Marcé (3) s'expriment ainsi : « Chez quelques sujets, l'embarras de la parole augmente » pendant les moments d'agitation, chez d'autres au con- » traire il devient alors moins apparent ». Nous nous expliquerons facilement ce qui se passe alors, en nous rappelant ce que nous avons dit de l'ataxie labiale et de la glosso-ataxie.

Pendant les accès d'agitation, en effet, la plupart des malades parlent *lentement* parce qu'ils donnent plus de force, plus d'éclat à leur voix et qu'ils appuient fortement sur les mots qui expriment le mieux leur pensée ou leur indignation. Ainsi, il y a *lenteur* de la parole, et la lenteur de la parole est, comme nous l'avons vu, un moyen d'éviter les phénomènes ataxiques et dysphasiques. Mais nous avons observé plusieurs malades qui, dans des moments d'exaltation, voulaient parler aussi vite que violemment : chez ceux-ci, l'ataxie et la dysphasie étaient à leur maximum d'intensité.

L'*ataxie labiale*, la *glosso-ataxie* et la *dysphasie* suivent exactement les mêmes phases que les autres symptômes de la maladie, devenant plus prononcées quand la paralysie générale fait des progrès, s'amendant, au contraire, et pouvan même disparaître complétement, dans les *rémissions*.

(1) In *loc. cit.*

(2) *Recherches sur la paralysie générale progressive*, in *Ann. méd. psych.* 1849.

(3) In *loc. cit.*

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

TENTATIVE D'INCENDIE VOLONTAIRE, SUICIDE ET FOLIE SIMULES, DIVERGENCE D'OPINION ENTRE LES EXPERTS

Par M. le Dr SIZARET,
Médecin en chef de l'asile de Fains.

Nous soussignés, Léon Michel, docteur en médecine, médecin attaché au parquet, Lucien Gelly, docteur en médecine, médecin de la maison d'arrêt de Bar-le-Duc, et Charles Sizaret, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Fains, rapporteur, commis par une ordonnance de M. Briard, président de chambre à la cour d'appel de Nancy, en date du 11 septembre 1874, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé B..... Etienne, inculpé d'incendie volontaire, et de nous prononcer sur les points suivants : 1° si le prévenu est réellement en état d'aliénation mentale, incapable de subir un interrogatoire et de se défendre, ou si, au contraire, sa folie apparente ne serait que simulée ; 2° et, dans la première hypothèse, si l'état de démence dont serait atteint B..... remonterait à l'époque du 30 juillet dernier où a été commise la tentative d'incendie objet de la prévention.

Après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces du dossier, et examiné longuement et fréquemment l'inculpé, tantôt ensemble, tantôt séparément, avons rédigé le rapport suivant :

Faits.

Le nommé B..... Etienne, âgé de 29 ans, est entré en 1865 comme pensionnaire à l'hospice de Bar-le-Duc. Sa mauvaise conduite, que rien n'a pu réprimer, a fini par amener une décision administrative à la suite de laquelle B..... fut averti qu'il devrait quitter définitivement l'hospice le 1er août. On lui donna, en attendant, l'autorisation de sortir pour se procurer du travail ; il écrivit dans le même but à diverses personnes.

Le 30 juillet, vers six heures et demie du matin, B..... alla demander au boulanger de l'hospice de lui remplir de braise un petit chaudron. Il se dirigea ensuite du côté du bâtiment où logent les vieillards, qui étaient tous à la messe ; il pénétra dans le réfectoire, puis dans une petite pièce écartée servant de magasin de combustibles ; là, il jeta dans un tendelin la plus grande partie de ses braises, les alluma, puis revint sur ses pas pour monter à la partie supérieure du bâtiment où il s'enferma dans un cabinet noir très-étroit. Un quart d'heure environ après, une fumée épaisse sortait de la chambre de dépôt des combustibles. On vit alors que le feu avait éclaté dans le tendelin qui contenait une certaine quantité de braise entourée d'une chemise aux trois quarts consumée. On éteignit immédiatement ce commencement d'incendie et chacun pensa que le feu avait été mis par B..... qui, par son caractère violent, ses habitudes d'ivrognerie, ses grossièretés envers les sœurs hospitalières, était devenu la terreur de celles-ci et des autres habitants de l'hôpital. On rechercha donc ce dernier et on le trouva au 3me étage dans une espèce de recoin ou de cabinet noir où il se tenait enfermé à l'aide d'un mouchoir lié à l'olive de la serrure et enroulé autour de son poignet. Après avoir triomphé de sa résistance, on le vit étendu sur des oreillers de plume, ayant auprès de lui un chaudron où brûlaient du

papier et quelques braises. Il paraissait endormi, mais secoué un peu vivement par le garçon boulanger, il sembla se réveiller et sa première parole fut « qu'il désirait prendre une prise de tabac. » Conduit dans une pièce voisine, il faisait quelques instants après au commissaire la déclaration suivante :

« J'avais l'intention de me détruire et, pour accomplir ce dessein, j'avais été chercher de la braise à la boulangerie dans un chaudron. Comme la quantité de braise qu'on m'avait donnée était trop grande, je me suis rendu dans la chambre des combustibles où j'ai versé le trop-plein du chaudron contenant la braise dans le tendelin ; ensuite je me suis rendu dans le cabinet au 3me étage, allumant la braise restée dans le chaudron à l'aide d'un papier et je me suis renfermé laissant le gaz accomplir son effet, car je voulais mourir à cause des misères que j'endurais à l'hospice. J'avais attaché mon mouchoir à la clanche afin que la porte fût tenue hermétiquement fermée, mais on est venu ouvrir le cabinet, ne me laissant pas le temps suffisant pour m'asphyxier. »

Conduit à la maison d'arrêt, B..... subit le 3 août, pardevant M. le juge d'instruction, un interrogatoire dans lequel on ne découvre aucun symptôme de dérangement intellectuel. L'inculpé s'y défend, au contraire, d'une façon fort intelligente et persiste à prétendre qu'il n'a pas eu d'autre intention que celle de s'asphyxier. Vers le 20 août, à la maison d'arrêt, le médecin de la prison constate chez B..... l'apparition d'un délire stupide et incohérent ; le 23, l'inculpé tombe subitement frappé de perte de connaissance avec résolution générale des membres. A la suite de cette espèce d'attaque, le délire, l'incohérence et la stupeur persistent ; le 28 août, M. le juge d'instruction se transporte à la prison et constate que le prévenu est « *dans un état complet de démence, ne faisant que des réponses n'ayant aucun rapport avec la demande,* qu'il ne prend presqu'aucune

nourriture, et qu'on peut présager sa fin prochaine. »

Le 4 septembre, devant l'aggravation croissante de l'état physique et mental de B....., un nouveau certificat médical constate que celui-ci est incapable de subir l'interrogatoire. Enfin, en exécution d'une ordonnance en date du 11 septembre, B..... est transféré le 17 du même mois à l'asile d'aliénés de Fains.

Examen direct de l'inculpé.

Le nommé B..... Etienne, est âgé de vingt-neuf ans, brun, pâle, faiblement constitué, d'un tempérament nerveux. Depuis sa première enfance, il est frappé d'hémiplégie incomplète du côté gauche, avec contracture, déformation et atrophie consécutives des membres supérieur et inférieur de ce côté. L'avant-bras gauche est dans une demi-flexion permanente, les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main, celle-ci est fléchie sur le poignet et renversée en bas ; le pied gauche est également renversé en bas, déformé, et présente tous les caractères du pied-bot équin.

Conjointement avec cette double infirmité, B..... a la physionomie stupide, le regard hébété ; la salive lui découle de la bouche, qui reste béante ; on dirait un idiot, un imbécile ou un dément. Il est pâle, maigre, paraît exténué ; nous le trouvons exempt de fièvre et de tout symptôme appréciable d'une lésion quelconque des organes de la vie de nutrition. Cependant, en raison de son état d'affaissement, de marasme, nous le maintenons à l'infirmerie où mieux qu'ailleurs, du reste, il peut être l'objet d'une surveillance constante de jour et de nuit.

Sous la seule influence du régime ordinaire de la maison, B..... dont toutes les fonctions se sont parfaitement exécutées depuis son entrée à l'asile, n'a pas tardé à se rétablir entièrement et à reprendre ses forces et son embonpoint ordinaires.

Lorsque nous l'interrogeons, il répond immédiatement mais avec lenteur et d'un air profondément stupide. Ses réponses, comme on le verra, sont *en désaccord constant avec nos questions;* elles sont toutes plus incohérentes et plus absurdes les unes que les autres. Il n'a plus de mémoire, sa vue est obscurcie au point qu'il ne peut plus lire les plus grosses lettres; il ne connaît plus les pièces de monnaie, etc.; c'est un état d'idiotisme complet.

Nous croyons, pour plus de clarté, devoir transcrire ici quelques extraits des interrogatoires auxquels nous avons soumis l'inculpé à diverses reprises :

D. Comment vous appelez-vous?

R. Émile B..... (il s'appelle Étienne.)

D. Où êtes-vous né?

R. C'est peut-être dans la ville de Bar; il y avait un beau jardin, 4 bœufs et 12 chevaux. Avez-vous vu les terrassements que j'ai faits à Mussey? il y avait 80 mètres cubes d'eau et j'ai gagné 8,000 francs.

D. Où êtes-vous ici?

R. Je ne sais pas; est-ce que nous ne sommes pas à Bar?

D. Savez-vous à quelle distance Fains se trouve de Bar?

R. A deux lieues (il y a 3 kilomètres à peine).

D. Quel âge avez-vous?

R. J'ai eu 17 ans le 15 juin dernier; j'ai sorti de l'école à 14 ans et demi. C'est là que j'ai connu Bleu, de Bordeaux, qui est capitaine dans la marine; il y a au moins 800 sacs de blé à moudre par jour.

D. Avez-vous une profession?

R. Je faisais des marchés, des entreprises de chemin de fer, je gagnais tantôt 4 sous, tantôt 6 sous, tantôt rien; aussitôt que je pourrai marcher j'achèterai du sucre.

D. Êtes-vous marié?

R. Oui, depuis 22 ans, etc., etc.

Nous lui montrons des pièces de monnaie pour qu'il nous en dise la valeur; ses réponses à ce sujet sont comme toutes

les autres; une pièce de 50 centimes est une pièce de 4 sous, une pièce de 2 francs est une pièce de 15 sous, peut-être bien une pièce de 30 sous; etc.

D. Qu'allez-vous faire maintenant?

R. Je vais partir pour Paris; j'irai dans une manufacture de lin; si vous voulez venir avec moi, je vous donnerai 46 francs.

D. Depuis quand êtes-vous infirme?

R. J'ai eu la jambe cassée il y a cinq semaines; auparavant j'étais un bel homme, j'ai fait un congé dans les hussards, j'avais deux chevaux, l'un à moi, l'autre au gouvernement. J'ai été en garnison à Châlons, à Strasbourg, à Arras. J'ai vu Charles X avec une couronne de lierre sur le front, il m'a donné 25 francs, etc.

D. Savez-vous lire?

R. Oui; je ne pourrais pas lire les petites lettres parce que, depuis ma maladie, ma vue s'est brouillée.

Nous mettons sous les yeux de B...., un cahier de visite dont les en-tête sont en très-grosses lettres. Il examine, paraît faire quelques efforts pour lire, mais sans résultat, et finit par nous dire; je ne peux pas lire ces lettres-là, elles ne sont pas assez grosses.

A cette déclaration, nous nous livrons à un examen minutieux des yeux de l'inculpé, examen suivi d'un résultat absolument négatif; les cornées sont nettes, les conjonctives ne sont pas congestionnées, les pupilles sont égales, normalement contractiles.

Le 3 octobre, B..... écrit successivement sur la même feuille de papier, en lettres d'abord très-grosses, puis graduellement décroissantes, trois lettres que nous transcrivons avec leur orthographe :

Le 3 octobre;

M. j'ai survécu longtemps au bonheur qui vous est arrivé par la miséricorde de Dieu. Marie est le refuge des malheureux. On ne l'implore jamais en vain.

Le 3 octobre,

Monsieur,

Juillet. Je suis arrivé à Venise le permier de cette année j'ai gouté le plaisir que procure la vue d'une maison remplie d'abondance moissons. Il m'est bien agréable aussi de vous dire que nous avons reçu de bonnes nouvelles de mon cher Aubin qui combattit aux côtés du maréchal Vuillars je ne saurais vous en dire davantage le manque de mémoire m'interdit de prolonger nos relations.

J'espère aller bientôt à Paris je pourrais vous dire les nouvelles tel qu'elles sont.

E. B.....

Sans date,

Mon cher frère

Si Dieu veut nous conserver la santé nous allons avoir une belle récolte de blé la moitié des champs sont coupée nous pourrons en conduire aux tanneurs qui nous donnerons des farines et des chaussures pour l'hiver qui commence déjà.

Je crois que j'irai bientot te voir je me porte bien va maintenant, je pourrai bientôt reprendre mes écritures et la culture des bois que nous pourrons louer.

E. B.....

Quelques jours après, B..... remet une lettre à l'interne du service; dans cette dernière, on voit qu'il a connaissance de nos doutes à l'endroit de son véritable état mental. Une indiscrétion a pu être commise, il est vrai, mais nous avons un jour surpris l'inculpé écoutant à la porte de l'infirmerie les réflexions que nous pouvions émettre à son sujet devant l'interne et le surveillant chef. Voici cette lettre :

Messieurs les membres composant l'administration de l'asile d'aliénés.

Dès mon arrivée à l'établissement, ma position morale ne

m'a pas permis d'apprécier les bons soins dont j'ai été l'objet de votre part. Ma déplorable situation vous a, me semble-t-il, fait douter ou croire même que je simulais le manque de mémoire ou l'aliénation mentale. Je puis vous assurer, messieurs, d'après ce qui m'a été remémoré depuis peu, qu'étant à la maison d'arrêt de Bar et continuellement avec des gardiens qui ne sont pas sensibles ni crédules j'ai été en traitement un temps assez long après avoir déjà été perdu mentalement avant de passer la visite du docteur de la prison à qui je suis reconnaissant. Serait-ce, messieurs, que j'appréhende une comparution, non, ce que je demande en grâce, si toutefois M. le docteur le juge à propos, c'est de me présenter devant la cour d'assises. J'espère qu'ayant un temps trop court hélas! peut-être la mémoire présente, la cour voudra bien écouter. Il est indispensable aussi d'entendre de nouveau la déposition qui est faite contre moi, le caractère et les motifs du fait dont je suis prévenu. Si d'ici quelque temps mon état le permet, je rédigerai mes réclamations qui seront présentées ou faites verbalement si je puis comparaître à la séance d'octobre.

Veuillez bien, Messieurs, recevoir mes très-reconnaissants hommages.

E. B.....

Comme on le voit, l'incohérence et le caractère extravagant des idées ont disparu presque subitement, la vue s'est rétablie, la mémoire est revenue.

Les interrogatoires suivants ne dénotent plus aucun désordre mental; l'inculpé répond convenablement à toutes nos questions; sa physionomie ne porte plus le masque d'imbécillité qu'elle a gardé pendant un mois environ. Cependant on peut encore voir souvent B..... rire seul sans motif apparent, ou, dans le courant de la nuit, l'entendre murmurer alors des paroles inintelligibles. Il est vrai que, sur

une observation très-sévère de notre part, ces monologues ont également cessé. Nous terminerons cet exposé en disant que nous n'avons pas observé chez l'inculpé le tremblement alcoolique ni les hallucinations terrifiantes et que nous ne connaissons aucun exemple de folie dans son ascendance paternelle ou maternelle.

Appréciation.

Lorsque, le 30 juillet dernier, se produisit l'événement qui amène aujourd'hui B..... devant la justice, on n'avait jusque-là remarqué chez celui-ci aucune espèce de signe de folie. Nous ne trouvons, en effet, ni dans l'enquête testimoniale, ni dans nos propres informations, aucun fait de nature à faire soupçonner un dérangement antérieur de ses facultés intellectuelles. Le jour même où s'est accompli l'acte incriminé, l'inculpé a répondu d'une façon nette et précise au commissaire de police qui l'interrogeait; sa déclaration du 30 juillet, consignée dans notre rapport, ne présente aucune apparence d'un délire quelconque. L'interrogatoire du 3 août ne contient pas davantage la moindre trace d'un trouble mental de quelque nature que ce soit. Ordinairement cependant, la folie n'éclate pas ainsi tout à coup, elle est en général précédée de symptômes précurseurs dont l'ensemble constitue ce qu'on a appelé la *période d'incubation*. L'inculpé prétend bien, il est vrai, qu'il éprouvait déjà depuis longtemps un certain trouble dans ses facultés intellectuelles; il n'avait plus, dit-il, *la tête à lui* et commettait de nombreuses inexactitudes dans ses comptes. Sur ce point, nous ne possédons pas d'autre témoignage que le sien, quoiqu'il ait travaillé assez longtemps dans les bureaux de l'hospice de Bar-le-Duc. Lors de l'entrée de B..... et pendant tout le premier mois de son séjour à l'asile, c'est assurément avec *l'imbécillité congéniale* que son aspect extérieur présentait le plus de rapports; sa

paralysie du bras et de la jambe gauches, son pied-bot, la salive qui découlait de sa bouche sur son menton, l'expression stupide de sa physionomie et de son regard, la lenteur et la monotonie de sa parole, l'air de niaiserie, de bêtise profonde, en un mot, qui respirait dans toute sa personne, paraissaient constituer un tableau véritablement complet et saisissant de cette espèce de dégradation constitutionnelle.

Il n'en était rien cependant, puisque, toute sa vie, l'inculpé a joui d'un développement intellectuel normal. On aurait pu également le croire frappé de *démence organique*, mais nous avons vu que sa paralysie date de la première enfance et, de plus, nous n'avons pu constater sur sa personne aucune trace d'une récente apoplexie cérébrale; aucune déviation de la face ou de la commissure des lèvres ne pouvait rendre compte, par suite de la paralysie de ces organes, de la chute involontaire de la salive hors de la bouche. Nous n'avons pu découvrir chez B..... la moindre lésion paralytique des yeux comme explication de l'impossibilité où il disait se trouver de lire quelque caractère que ce fût; la contractilité des pupilles, qui ne peut pas se dissimuler, est toujours restée normale.

En définitive, dans cette seconde supposition, nous serions encore obligés de nous en rapporter à une simple affirmation de l'inculpé, faute d'autres preuves.

Une troisième affection avec laquelle les phénomènes anormaux présentés par B... pouvaient aussi offrir une certaine ressemblance, grossière à la vérité, c'est la *stupidité* ou *lypémanie stupide*. Dans cette forme mentale, outre l'expression d'hébétude profonde de la physionomie, on constate une torpeur, un accablement, un engourdissement tels des fonctions physiques et intellectuelles, que les individus paraissent absolument privés de toute espèce de spontanéité; ils restent immobiles, muets, ou bien, s'ils parviennent à desserrer les lèvres, ce n'est que pour prononcer

quelques monosyllabes ou laisser échapper un gémissement.

Les uns se trouvent dans un tel état d'anéantissement, de concentration, que la pensée même semble chez eux ne plus se produire et le délire ne pas exister. Les autres, terrifiés par des hallucinations épouvantables, se croient morts, ou sur un bûcher, sur la guillotine, en enfer, etc. Leur délire, quand il existe, et dont on a la révélation seulement après leur guérison, est, en résumé, de nature exclusivement triste. Des symptômes physiques à peu près constants accompagnent la stupidité. Par suite de l'immobilité prolongée et du ralentissement de la circulation ou du défaut d'innervation périphérique, les extrémités s'engorgent, s'infiltrent de sérosité, se refroidissent, prennent une teinte bleuâtre ou violette; il y a ce qu'on appelle *marasme nerveux*.

Si nous nous étendons aussi longuement sur toute cette symptomatologie, c'est que nous tenons à faire bien voir que B... n'en a présenté qu'un seul élément, le plus facile à simuler, l'hébétude de la physionomie. Quant à son délire incohérent, nullement triste, mais bien plutôt expansif, nous voyons qu'il n'a rien de commun avec la concentration mélancolique de la stupidité.

Une dernière affection avec laquelle on pourrait encore trouver certaines analogies dans l'état mental de l'inculpé, serait la *manie* dont le délire est général et incohérent, mais là aussi nous allons trouver des dissemblances fondamentales que nous ferons ressortir le plus brièvement possible.

La physionomie et toute l'habitude extérieure du maniaque sont exactement l'opposé de ce qui s'observe chez le stupide, l'imbécile ou le dément apoplectique.

Le maniaque a la face animée, vultueuse, le regard brillant, les cheveux en désordre, hérissés, le geste extravagant, menaçant, la parole brève, rapide; il crie, chante, frappe du pied et des mains, brise les objets qui l'entourent, etc.

Nous ne voyons rien de tout cela dans le trouble mental offert par B..., si ce n'est l'incohérence et l'absurdité perpétuelles de ses propos, qu'il débite non pas avec la loquacité, la rapidité, la surabondance étonnantes du maniaque, mais au contraire avec une mesure, une lenteur désespérantes, etévidemment calculées. Il ne suffit pas, en effet, de débiter des extravagances pour être déclaré fou, il est encore nécessaire que tous les symptômes concomitants s'accordent pour former un tout, un groupe naturel, une entité morbide connue et rationnelle; on ne peut en même temps présenter toutes les apparences de la stupidité et délirer comme un maniaque; c'est là une impossibilité pathologique.

Nous avons déjà dit que, jusque dans ces derniers temps, il est arrivé souvent à B... de se mettre à rire tout seul et de se livrer pendant la nuit à des monologues inintelligibles. On devrait donc conclure de là qu'il n'était pas guéri, s'il a été réellement aliéné. D'un autre côté, nous avons vu que dans sa lettre aux administrateurs de l'asile, il soulève lui-même la question de simulation et invoque à l'appui de la réalité de sa folie le témoignage des gardiens *peu crédules et peu sensibles* de la prison ; or, nous savons qu'il est tout à fait inusité qu'un aliéné non guéri ait ainsi conscience de son trouble cérébral et cherche lui-même à en démontrer l'existence.

Ainsi, en définitive, l'analyse à laquelle nous venons de soumettre les phénomènes psychiques anormaux présentés par B... nous conduit à ne pouvoir les ranger *dans aucune des catégories de maladies mentales connues et observées habituellement.*

Ce résultat négatif, ainsi que les observations incidentes émises dans le cours de ce rapport, s'opposent donc formellement à ce que nous puissions considérer l'inculpé comme un véritable aliéné.

Notre tâche n'est pas finie cependant et nous ne termine-

rons pas ce rapport sans appeler l'attention de la justice sur les tristes conditions physiques et morales dans lesquelles se trouve B... depuis son jeune âge. La paralysie dont il est atteint a évidemment son origine dans de graves lésions cérébrales causées par des convulsions éclamptiques, lesquelles, on le sait, sont souvent suivies d'idiotie, d'imbécillité, d'épilepsie, de folie ou d'une imperfection quelconque dans le cercle des attributions nerveuses. Si l'intelligence nous paraît s'être normalement développée chez lui, nous ne croyons pas, ou du moins nous avons de fortes raisons de penser qu'il n'en a pas été de même de ses facultés morales. Il a des penchants vicieux incoercibles et sa funeste habitude de l'ivrognerie a dû affaiblir de plus en plus sa résistibilité aux impulsions de mauvaise nature; c'est un résultat fréquent des excès alcooliques. La misère et les souffrances morales nombreuses qu'a dû imposer à sa nature orgueilleuse une infirmité qui le condamnait à végéter tristement derrière les murs d'un hôpital, sont des causes qu'il faut également prendre en considération comme ayant dû agir défavorablement sur sa sensibilité et ses déterminations.

CONCLUSIONS :

1° L'inculpé n'est pas aliéné et sa folie apparente est simulée ;

2° L'inculpé n'était pas aliéné à l'époque du 30 juillet dernier où a été commise la tentative objet de la prévention ;

3° Par suite de convulsions du jeune âge et d'habitudes alcooliques invétérées, l'inculpé est lésé dans sa sensibilité morale et sa résistibilité aux impulsions dangereuses.

4° Nous croyons sa responsabilité limitée.

Fains, le 8 décembre 1874.

Signé : Dr[s] L. MICHEL et CH. SIZARET.

Notre troisième confrère a formulé séparément son opinion de la manière suivante :

Nous soussigné L. Gelly, docteur en médecine à Bar-le-Duc, médecin de la maison d'arrêt, désigné ainsi que MM. les docteurs Michel et Sizaret à l'effet d'examiner « si le prévenu B... est réellement en état d'aliénation mentale et si cette aliénation mentale remonterait à l'époque du 30 juillet où a été commise la tentative d'incendie objet de la prévention, » n'ayant pu nous rallier d'une façon absolue aux conclusions posées par nos deux confrères, établissons les nôtres ainsi qu'il suit :

1° Sur le premier point de savoir : « si, au jour où nous avons été commis à l'examen du prévenu, il était réellement en état d'aliénation mentale, incapable de subir un interrogatoire et de se défendre, ou si, au contraire sa folie apparente ne serait que simulée », nous répondons :

Les *circonstances* dans lesquelles a été commise la tentative d'incendie objet de la prévention et s'est manifestée l'altération mentale du nommé B..., la forme sous laquelle s'est manifestée cette altération mentale, forme qui ne se rapporte à aucune de celles du cadre nosologique des affections mentales, *la situation mentale actuelle* du prévenu, sont pour nous, comme pour nos confrères, de nature à faire présumer la simulation ;

D'un autre côté, les *antécédents alcooliques* de B... les *accidents apoplectiformes* réels ou simulés, mais alors parfaitement simulés, dont nous avons été témoin à la maison d'arrêt, et principalement les infirmités, *hémiplégie et contracture de tout le côté gauche*, dont il est aujourd'hui porteur et qui attestent l'existence plus ou moins ancienne d'une affection cérébrale grave, ne nous permettent point, non-seulement de ne pas considérer l'inculpé comme limité dans sa résistibilité aux impulsions mauvaises et dans sa responsabilité, mais encore de répondre catégoriquement par l'affirmative quant à la question de simulation.

2° Sur le second point de savoir : « si, dans la première hypothèse, l'état de démence dont serait atteint B... remonterait à l'époque du 30 juillet, où a été commise la tentative d'incendie objet de la prévention », nous répondons :

Les interrogatoires subis par B..., le 30 juillet à l'hôpital devant le commissaire de police, le 3 août à la maison d'arrêt devant le juge d'instruction, interrogatoires auxquels il a répondu d'une façon très-lucide, sont de nature à prouver que, si le 30 juillet B... n'avait pas la somme de libre arbitre nécessaire pour résister aux impulsions mauvaises, l'altération complète de ses facultés mentales ne remonte pas, en tout cas, au delà des premiers jours de sa détention à la maison d'arrêt.

Fains, le 8 décembre 1874.

Signé : L. GELLY.

Devant la Cour d'assises de St.-Mihiel, B... n'a donné aucun signe d'aliénation mentale et a été condamné à vingt ans de travaux forcés.

Société médico-psychologique.

Séance du 24 avril 1876. — Présidence de M. Billod.

M. le Président informe l'assemblée que MM. les docteurs Batty-Tuke, médecin de l'asile de Kimrose (Ecosse); Kœppe, professeur de psychiatrie à Halle (Prusse), Doutrebente, Marchand, Parant, Petit et Taguet, membres correspondants, assistent à la séance, et leur souhaite la bienvenue.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : 1° Le rapport adressé à M. le préfet de la Loire-Inférieure par M. Petit, sur le service médical du quartier des aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1874.

2° Les sept derniers numéros de la *Tribune médicale.*

3° Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe.*

4° L'*Année médicale* : Journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados.

5° Un mémoire intitulé : *L'arsenic dans les eaux sulfureuses de Saint-Honoré*, par le Dr Odin (Extrait du *Lyon médical*).

6° *Les Thermes de Dax* (*Revue scientifique du Sud-Ouest*).

Prix Esquirol.

M. Bouchereau a la parole pour la lecture du rapport de la Commission chargée de l'examen des mémoires adressés cette année à la Société.

Messieurs,

Le jour où notre Société rappelle à tous la vie et les services de ceux de ses membres disparus qui ont le mieux honoré notre profession, elle distribue en même temps des récompenses à nos confrères les plus jeunes pour encourager leurs débuts : et chaque fois qu'une œuvre vraiment méritante a

été présentée à vos suffrages, Messieurs, vous l'avez toujours accueillie avec bienveillance sans oser vous montrer trop sévères dans votre jugement; cependant il est arrivé de temps à autre que le prix n'a pas dû être distribué. La fondation d'Esquirol et de Mitivié a plus particulièrement pour but d'exciter une émulation générale et de provoquer quelques vocations parmi les élèves : il est fâcheux de constater que d'ordinaire un trop petit nombre de candidats répond à cet appel. Ainsi cette année un seul s'est présenté : mais son travail, soumis à une commission composée de MM. Baillarger, Blanche, Lunier, Mitivié, Boucherean, a été reconnu un des meilleurs que nous ayons été chargés depuis longtemps d'apprécier : tel a été notre avis unanime, que nous sommes heureux de vous faire connaître. L'auteur a pris pour sujet d'étude la difficulté de la parole dans la paralysie générale, envisagée surtout au point de vue de ses relations intimes avec l'ataxie labiale et la glosso-ataxie; il propose de remplacer l'expression : embarras de la parole, par celle de dysphasie qui lui semble bien mieux exprimer la peine que le malade éprouve à articuler ses mots et les efforts qu'il fait pour y arriver; la première expression évoquant plutôt l'idée d'un certain empâtement, qui diffère essentiellement de ce que l'on observe dans les premières périodes de la paralysie générale.

Les diverses opinions émises sur le siége de la lésion sont passées en revue et successivement discutées pour être définitivement écartées. D'après l'auteur, la disphagie reconnaît pour cause l'ataxie linguale et labiale, et cette ataxie elle-même a sa raison anatomique dans une altération du bulbe au niveau du plancher du quatrième ventricule, où se trouvent les noyaux d'origine des nerfs crâniens et notamment ceux des nerfs grands hypoglosse et facial. Les lésions intéressent la membrane ventriculaire, les vaisseaux et la substance nerveuse. L'épendyme qui tapisse le plancher du quatrième ventricule est recouvert de granulations souvent plus prononcées à la partie inférieure qu'à la partie supérieure, elles sont très-apparentes; parfois cependant, pour les voir, on doit recourir à la lumière oblique : leur existence est constante, mais n'a rien de spécial à la paralysie générale.

Les vaisseaux ont un développement plus considérable et paraissent plus nombreux dans les parties profondes de la matière grise, qui forme le plancher du quatrième ventricule et dans la substance blanche sous-jacente : la vascularisation

de cette région est beaucoup augmentée, et les parois des vaisseaux épaissies. La couche de matière grise qui se trouve au niveau du plancher du quatrième ventricule est presque toujours plus ou moins ramollie : elle se présente sous l'aspect d'une substance demi-transparente, quelquefois très-légèrement colorée en jaune, d'une consistance gélatiniforme. L'examen microscopique de cette région indique une prolifération nucléaire des éléments de la névroglie avec destruction marquée des cellules nerveuses : au niveau des noyaux d'origine des nerfs hypoglosse, glosso-pharyngien et facial, la disparition des cellules nerveuses est très-facile à constater. Toutes ces lésions sont conformes à ce que les différents auteurs ont signalé dans la paralysie générale : il est intéressant d'avoir poursuivi leur recherche dans des points déterminés du système nerveux, de manière à pouvoir expliquer certains phénomènes observés durant la vie; mais il était nécessaire de ne pas se borner à l'étude systématique d'une seule région et de soumettre à un examen minutieux l'ensemble du système nerveux.

En relation avec les lésions constatées on trouve dans le cours de la paralysie générale des phénomènes morbides de deux ordres différents du coté du langage : des symptômes d'excitation, et des symptômes de paralysie; or chez le paralytique la parole peut présenter les altérations suivantes:

Prononciation incomplète d'une syllabe.

Une syllabe est sautée dans un mot.

Répétition incomplète d'une syllabe.

Répétition complète, une ou plusieurs fois d'une syllabe.

Arrêt de la parole, se manifestant seulement subitement au moment de prononcer une syllabe.

Hésitation de la parole.

Prononciation d'une lenteur extrême et uniforme.

Mutisme.

C'est pendant l'activité fonctionnelle qu'il existe de l'ataxie labiale. L'auteur a tenté de résumer l'analyse des phénomènes qu'il examinait dans la formule suivante :

Un mouvement, ayant une direction et une étendue déterminées, est précédé et surtout suivi d'une série de mouvements involontaires, ayant la même direction que le mouvement volontaire, mais presque toujours une moindre étendue. La répétition des mouvements directs et opposés, qui précèdent et suivent un mouvement déterminé, est essentiellement en rapport avec l'étendue et la vitesse de ce dernier mouvement.

Les troubles de la motilité observés dans les lèvres existent également dans la langue : de là glosso-ataxie.

La difficulté de la parole (dysphagie), est la conséquence naturelle et forcée de l'ataxie labiale et linguale.

Pour pallier sa dysphagie, le malade a recours à la lenteur de la prononciation, à la diminution de l'étendue des mouvements exécutés par les lèvres et la langue.

Tout ce chapitre, consacré à la description clinique, montre les efforts faits par l'auteur pour saisir la physiologie pathologique des troubles de la parole dans la paralysie générale; il s'est attaché à scruter davantage un des côtés les plus curieux d'une maladie si riche en faits intéressants.

Le candidat a rempli le programme qu'il s'était imposé de manière à mériter des éloges : il a montré qu'il savait poursuivre avec habileté des recherches micrographiques souvent difficiles, observer avec patience les aliénés, et décrire avec précision les observations recueillies par lui; il y a là des gages de succès pour l'avenir, s'il demeure fidèle à la méthode. C'est avec satisfaction, messieurs, que nous venons vous proposer d'accorder le prix Esquirol à l'auteur du mémoire, à M. Gallopain, interne de l'asile de Ville-Evrard. Avant de terminer, permettez nous, Messieurs, de vous rappeler que depuis plusieurs années le prix Esquirol est décerné à un interne de Ville-Evrard; ce résultat est très-flatteur pour ces jeunes gens laborieux et instruits, et pour le maître aimé qui les choisit, pour notre collègue à nous, M. Dagron, médecin-directeur de l'établissement.

Conformément aux conclusions du rapport adopté par la Société, le prix Esquirol est décerné à M. Gallopain, interne à l'asile de Ville-Evrard.

Eloge d'Aubanel.

M. Le Secrétaire général :

Messieurs,

Une existence, faite tout entière, de volonté patiente, d'honnêteté, de droiture, où les vertus domestiques transportées de la vie privée dans la pratique de la médecine, semblent avoir également servi à se bien conduire et à travailler bien, tel est l'attachant sujet dont j'ai le devoir et l'honneur de vous en-

tretenir aujourd'hui. Il offre un charme si pénétrant et si vif, que vous, qui savez goûter ces mérites, vous trouverez dans des souvenirs pieusement évoqués, non plus l'amertume et la tristesse, mais la consolante pensée d'avoir compté parmi vous un homme généreux et bon, le bienfaiteur de la Société médico-psychologique, qui fut Honoré Aubanel.

Né à Auriol, petite ville du département des Bouches-du-Rhône, le 4 novembre 1811, Honoré Aubanel appartenait par son aïeul, par son père, à la grande famille médicale. Il fut élevé dans un milieu où se transmettaient intactes des habitudes de vie laborieuse et utile ; il put juger de bonne heure de quelle considération jouissait son père ; il n'eut pas d'autre guide que lui, et sous ses yeux, sous sa direction éclairée, il fit ses premières études. Elles furent solides ; un esprit droit, un jugement sûr, et, ce qui ne vaut pas moins, une grande bonté d'âme, un amour passionné du vrai, un immense besoin du réel, telles furent les qualités maîtresses que développa l'exemple, que fortifièrent encore les travaux de la jeunesse. Venu à Paris en 1833, pour y étudier la médecine, Aubanel n'avait d'autre ambition que celle de succéder un jour à son père; son horizon ne s'étendait pas plus loin que la ville d'Auriol. Mais il n'y voulait revenir qu'avec de sérieuses connaissances, et l'internat des hôpitaux fut le but patiemment poursuivi, atteint avec succès en 1836. Une circonstance que nous avons le droit d'appeler heureuse, décida de sa vocation. Un ancien député des Bouches-du-Rhône, M. Reynard, avait pris Aubanel en grande amitié. Ce jeune homme studieux lui parut répondre aux exigences d'une situation qu'allait imposer la force des choses. Le médecin chargé du service des aliénés dans les quartiers des hôpitaux Saint-Lazare et Saint-Joseph, le Dr Guiaud, voulait prendre sa retraite : personne alors ne l'eût pu remplacer utilement : d'un autre côté, la loi du 30 juin 1838, venait d'être promulguée; on sentait de toutes parts qu'un ordre de choses nouveau se préparait, allait naître ; il fallait, pour présider à des réformes trop longtemps attendues, des esprits jeunes, des cœurs généreux ; M. Reynard voulut doter Marseille d'un homme dans l'avenir duquel il avait foi. Il n'eut pas de peine à convaincre Aubanel, que séduisirent les difficultés même de la tâche, et, pour ne pas risquer de rester au-dessous d'elle, il sollicita de Ferrus une place d'interne dans son service, à Bicêtre.

L'élève était digne du maître ; il s'établit vite entre eux une intimité étroite fondée d'une part sur un respectueux attachement, de l'autre sur une sincère estime. L'enseignement clinique des maladies mentales, à la ferme Sainte-Anne et à Bicêtre, était alors dans tout son éclat ; Ferrus, intelligence supérieure, entouré de nombreux élèves qui devinrent plus tard les médecins des asiles qu'il contribua si puissamment à réorganiser, enseignait avec une autorité qui n'était pas discutée, devant laquelle se sont inclinés, jusqu'au dernier jour, tous ceux qui eurent besoin de faire appel à son expérience. Mêlé de la manière la plus active au mouvement de cet important service, Aubanel fut bien plus encore un chef de clinique qu'un élève pour Ferrus. Il l'aida de toutes ses forces, lui payant ainsi une dette de reconnaissance ; à son tour Ferrus resta pour lui l'appui le plus solide, le plus sûr. Il y eut, entre ces deux hommes, un échange incessant des idées, et beaucoup d'entre vous qui les ont connus, qui les ont vus à l'œuvre, se souviennent de ces temps de collaboration, où furent réunis des matériaux nombreux, que la fortune jalouse a malheureusement dispersés. Il nous est permis de dire, aujourd'hui, qu'Aubanel a manqué trop vite à Ferrus ; mais sa voie était tracée ; il n'avait pas le droit de s'attarder, il savait quels devoirs l'attendaient ; le 21 août 1839, il soutenait sa thèse pour le doctorat.

Il avait choisi pour sujet « les hallucinations. » Je ne toucherai, Messieurs, que d'une main discrète à cette œuvre de la jeunesse d'Aubanel : lorsqu'il l'écrivit, il subissait à son insu, l'influence d'une théorie brillamment défendue par M. Lélut ; il en acceptait tous les termes, et la transformation de l'idée en sensation lui semblait l'explication la plus satisfaisante du phénomène le plus obscur, le plus intéressant aussi de la pathologie mentale. Aubanel n'a pas su se défendre alors, malgré les qualités d'observation fines dont il était doué, contre une tendance générale ; sa doctrine était presque exclusivement psychologique ; aussi, laissa-t-il passer sans les interpréter comme il convenait de le faire, une foule de détails dont il ne soupçonnait pas l'importance. A chaque page, pour ainsi dire, il touche du doigt à la vérité, elle échappe à sa jeune inexpérience ; dans ses observations, on sent qu'il n'a manqué que d'une seule chose, d'une doctrine plus sévère ; et nous ne saurions lui en faire un reproche.

Les leçons d'Esquirol sur ce point étaient son seul guide ;

il n'avait alors ni les recherches de notre savant collègue Baillarger, ni les leçons de notre regretté maître Falret, sur la symptomatologie générale de l'aliénation mentale. Depuis cette époque que de travaux remarquables ont vu le jour! Il n'en est pas cependant qui aient dépassé vos discussions, quand vous avez voulu vous-mêmes étudier les hallucinations ; une Société comme la vôtre, où philosophes de l'esprit le plus distingué se réunissaient aux médecins de la plus vaste expérience, devait, dans une œuvre commune, arriver à des hauteurs inexplorées jusque-là; Buchez, Garnier, Cerise, Peisse, Maury, Baillarger, Brierre de Boismont, Bourdin, Delasiauve, tels sont les noms qui viennent d'eux-mêmes s'inscrire sous ma plume; les uns réveillent le souvenir d'un passé glorieux pour eux et pour nous; les autres appartiennent à notre temps, ils en sont l'honneur comme ils sont aussi les promesses de notre avenir. Les prononcer ici était un devoir, et je suis sûr d'avance d'avoir été l'interprète fidèle de vos sentiments.

L'erreur d'Aubanel, dans sa thèse inaugurale, a été non-seulement de confondre les illusions et les hallucinations, mais encore d'écarter les hallucinations toxiques comme n'appartenant pas à son sujet. C'est par là, Messieurs, si je ne me trompe, qu'il faut en commencer l'étude : toujours identiques à elles-mêmes dans ces cas, procédant du même trouble physiologique, leur acuité n'empêche pas d'en saisir la manifestation; loin de là, leur exagération dans les périodes aiguës, leur disparition progressive, à mesure que s'épuise l'influence de l'agent toxique, ce sont là des faits cliniques de premier ordre, et qui amènent sans effort, quand on les observe avec soin, à la constatation de l'excitation cérébrale morbide. Rien n'est plus intéressant que de voir Aubanel aux prises avec la vérité, qu'il ne sait pas encore saisir ; elle s'impose si bien à lui, malgré lui, qu'il est obligé de faire d'un alcoolisé type, un aliéné atteint de démonomanie ; c'est la première observation consignée dans sa thèse; il fallait qu'il fût bien prévenu pour que son esprit si juste se laissât abuser ainsi. Mais c'est assez insister, Messieurs, sur cette œuvre de jeunesse, à laquelle, malgré ses imperfections si facilement excusables, on ne peut reprocher de n'avoir été que le travail imposé et rapidement terminé qui trop souvent vient clore sans distinction, sans mérite, des études incomplètes. A son étendue, au soin avec lequel elle est écrite, on sent combien étaient sincères les convictions qui l'avaient inspirée; l'expé-

rience devait venir à son tour, Aubanel allait trouver l'occasion de l'acquérir dans le milieu nouveau qui l'attirait, qui, sous l'influence de son activité, de son dévouement, fut si vite, si heureusement transformé.

Aubanel reçu docteur, arrivait à Marseille en 1840. Il fut immédiatement nommé médecin adjoint du Dr Guiaud, qui, jusque-là était resté seul chargé du service médical des hospices Saint-Lazare et Saint-Joseph. Venir de Bicêtre et de la ferme Sainte-Anne, être habitué à voir les aliénés traités avec douceur, jouir au milieu de travaux agricoles, d'une liberté relative, et trouver le lendemain, des cachots malsains, des malades enchaînés, constater l'absence de tout traitement régulier, c'était pour le cœur d'Aubanel l'épreuve la plus rude qui pût lui être infligée; il se révolta contre ces barbaries inutiles autant que cruelles; il engagea la lutte, et partout, avec une ténacité que rien ne lassait, fort de ses sentiments honnêtes, sûr de lui-même, sachant tout le bien qu'il pouvait faire, il plaida la cause des malades qui lui étaient confiés, et fut assez heureux pour faire passer ses convictions dans l'esprit des administrateurs du département des Bouches-du-Rhône. La création d'un asile était décidée; il lui fallut attendre pendant quatre ans des constructiens qui s'élevaient trop lentement à son gré. A force d'énergie, il parvint à vaincre la routine qui opposait à ses innovations une résistance systématique; il supprima les cachots, les menottes, les entraves de fer, et au milieu des étonnements naïfs, d'un personnel dont il troublait les habitudes paresseuses, il fit voir ce qu'un homme doué d'une volonté ferme, mise au service d'un cœur plein d'humanité, pouvait faire, dans une maison en ruines, aussi délaissée que l'infortune qui s'abritait sous son toit. Dans ses luttes journalières, Aubanel se montra si supérieur, qu'il conquit à la fois une autorité qui ne fut plus discutée, et des sympathies qui accrurent encore son influence.

Quand la première aile de l'asile Saint-Pierre fut terminée, Aubanel voulut hâter l'installation de ses malades; une difficulté se présenta: le directeur, Donadieu, fut effrayé de la responsabilité qui allait peser sur lui. Que craignait-il ? — Il ne le savait pas lui-même; mais, saisi d'une véritable terreur, il n'osa pas assister à une translation qui se présentait à son esprit troublé, grosse de périls. Il donna sa démission. Aubanel n'avait pas le même émoi, il offrit avec une simplicité modeste de conduire à lui seul ce grand mouvement qu'il ne

voulait pas retarder d'une heure. Il lui semblait qu'il serait coupable vis-à-vis de ses malades, s'il se faisait le complice de lenteurs qui les privaient du bien-être entrevu pour eux, depuis longtemps préparé par ses soins. Il fut nommé directeur intérimaire; en moins de huit jours, au mois de septembre 1844, quatre cents aliénés furent transférés des quartiers de Saint-Lazare et de Saint-Joseph, dans le nouvel asile. Surveillant tout lui-même, il procéda avec un ordre si parfait, qu'il n'y eut pas un accident, que tous les services se trouvèrent organisés comme par enchantement, et qu'il put jouir de son œuvre et se dire que lui seul avait tout fait.

A partir de ce moment la réforme ne porta plus seulement sur les conditions matérielles d'installation; le régime fut aussi profondément modifié, l'alimentation devint meilleure, la surveillance plus active : les gardiens, dans ces préaux si différents des cours humides de Saint-Joseph et de Saint-Lazare, comprirent que le temps était passé des rigueurs, des mauvais traitements; ils s'humanisèrent, et dominés presque à leur insu, par la bienfaisante influence qui émanait d'Aubanel, ils eurent aussi leur part dans les résultats heureux obtenus avant la fin de la première année.

Ce fut là, Messieurs, l'une des joies les plus pures, les plus vives d'Aubanel. Il aimait à se souvenir de cette époque de sa vie, et l'on sentait bien quand il racontait les difficultés avec lesquelles il s'était trouvé aux prises, qu'il les avait presque oubliées, pour ne tenir compte que de l'accomplissement d'un grand devoir d'humanité, de progrès. Dans cet asile qui était pour ainsi dire sa création, il perfectionnait son œuvre, il la complétait tous les jours; il ne voulut pas conserver les fonctions de directeur, mais il eut la bonne fortune d'avoir à ses côtés un homme qui s'inspira de son esprit, et l'aida de toutes ses forces. Cette entente que la douceur et la bonté d'âme d'Aubanel rendaient si facile, profita surtout aux malades. Elle assura pour de longues années, une régularité dans la marche des services telle, que Ferrus, qui s'y connaissait bien, n'eut jamais assez de louanges à adresser au médecin en chef, et que tous ses rapports d'inspection générale signalaient au ministre de l'intérieur, la prospérité d'un asile, où tout concourait à l'amélioration du sort des aliénés. Il n'y avait pas à s'y méprendre, c'était à la confiance qu'inspirait Aubanel qu'étaient dues, et la bienveillance du Préfet, et l'assistance du Conseil général. Ce que demandait notre regretté collègue, il l'obtenait

parce que ses demandes étaient justes, et que l'on savait qu'il n'avait pas d'autre pensée, d'autre but, que d'être utile à ses malades. Aussi lorsque en 1852, la croix de chevalier de la Légion d'honneur lui fut envoyée, tout le monde applaudit à Marseille à cette distinction, récompense méritée de tant de zèle, de tant de dévouement.

En effet, Messieurs, Aubanel ne suffisait pas seulement par son activité, aux devoirs si multipliés que lui imposait son service de médecin en chef, il était encore le conseil des magistrats qui faisaient appel à son profond savoir, dans l'examen des aliénés inculpés de crimes ou de délits. Ce qu'il apporta, dans ces cas si délicats, si difficiles, de tact, de science certaine, je veux vous le dire, c'est là l'un des côtés les plus en relief de la vie scientifique d'un homme, à la réputation duquel il n'aura manqué qu'une chose, le livre qui fixe d'une manière durable la pensée de celui qui l'écrit; il emporte à travers les âges, les idées, les procédés, il est le flambeau qui éclaire, qui prépare l'avenir; il apporte à cette œuvre incessamment poursuivie, du progrès dans la succession des temps, les matériaux sur lesquels s'édifient les conquêtes nouvelles. Il y eût mis cette hauteur, cette bonté d'âme, cette soif du vrai, qui sont comme la consécration des principes de toute une vie, qui en relèvent si singulièrement les actes, leur donnant un prix que nous ne saurions porter trop haut.

Mais, les exigences journalières d'un labeur sans trêve n'ont pas laissé le temps à Aubanel de rassembler ses travaux épars. Vos *Annales*, Messieurs, ont été ses confidentes, c'était à elles qu'il demandait de les accueillir, n'imaginant pas qu'ils pussent être ailleurs aussi bien à leur place. C'est là que je les irai prendre, moins pour vous les rappeler, car vous ne les avez pas oubliés, que pour en dégager la pensée qui les inspira, pour vous montrer comment il resta toujours fidèle à lui-même, soit qu'il s'agît des comptes rendus statistiques de son asile, ou bien de ses rapports médico-légaux.

La statistique ! il s'était mesuré une fois déjà avec elle ; aidé de son excellent ami Thore, qu'il aida à son tour dans ses recherches sur les maladies incidentes des aliénés, ils avaient recueilli à Bicêtre un nombre considérable d'observations, et tous les deux, ils avaient courageusement essayé d'en tirer parti. Leur tentative ne fut pas inutile ; la Société des *Annales d'hygiène et de médecine légale* récompensa leurs efforts par le don d'une médaille; leur mémoire publié en 1841, fut ana-

lysé par M. Bourdin, dont les bienveillantes critiques firent ressortir les difficultés auxquelles les deux amis étaient venus se heurter. Inhérentes à tout travail de ce genre, elles ne peuvent être vaincues que par des hommes d'une expérience consommée; il ne suffit pas en effet de grouper avec art des chiffres patiemment contrôlés, il faut les traduire, les expliquer; ils ne peuvent avoir de valeur réelle que quand ils s'appliquent à des séries identiques dans toutes les statistiques ayant le même objet. Or, rien de sérieux ne peut être fondé, si la classification des formes d'aliénations mentales n'est pas précise ; Aubanel et Thore s'étaient bien aperçus du vice de la classification de leur temps ; ils n'avaient rien de meilleur à lui substituer, et, tout en constatant son insuffisance, ils furent bien forcés de l'accepter. Un autre *desideratum* resta sans réponse encore, quand il s'agit de déterminer la fréquence de l'hérédité dans l'étiologie de la folie. On sait combien il est difficile de se procurer des renseignements sur ce point dans nos asiles spéciaux, où les malades arrivent sans que bien souvent la famille prenne aucun souci d'eux; où se rencontrent si souvent encore des malheureux isolés dans ce monde, et qui viennent échouer après de dures épreuves, des privations de toute sorte, emportant avec leur raison disparue le secret de leurs misères morales ou sociales. Quoi qu'il en soit, nous devons nous rallier à l'opinion qu'exprimait ainsi M. Bourdin : « Je sais tous leurs efforts, et me plais à leur rendre justice. Si donc quelques-uns des résultats fournis par le livre de MM. Aubanel et Thore ne sont pas complétement satisfaisants pour quelques esprits sévères, il ne faut en accuser ni les travaux, ni l'impuissance, ni la volonté des auteurs, mais bien les difficultés inhérentes au sujet (1). »

Désormais, Messieurs, Aubanel marchera plus sûrement. C'est son propre fonds qu'il exploitera ; l'observation clinique sera son point d'appui. Et dans cette voie où rien ne sera plus livré au hasard, il se montrera avec les qualités solides de son esprit distingué. Les communications qu'il vous adressera seront des modèles de discussion, et les considérations générales qui les précèdent seront l'exposé de doctrines positives, de principes d'une haute moralité scientifique. Appelé à examiner un aliéné homicide, Aubanel écrivait en 1845 : « Le médecin légiste appelé à donner son avis sur l'état mental d'un homme inculpé

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1re série, t. III, 1844.

d'assassinat, ne doit jamais perdre de vue les deux grands intérêts qu'il a à sauvegarder : celui de la société qui réclame avec raison la juste punition des véritables criminels ; celui de l'humanité, qui appelle le pardon et la commisération sur les malheureux que la folie seule a armés du fer de l'assassin. Pénétré de ces idées, et fidèle à son devoir, il doit procéder avec conscience à l'examen qui lui est ordonné ; et, après s'être livré aux recherches scrupuleuses que la science lui commande, il faut que sans hésiter, il fasse connaître la conviction qu'il a acquise, qu'elle soit, à l'égard de l'accusé, favorable ou accablante. »

Dans ces questions particulièrement délicates, Auhanel était servi par un sens droit, un jugement sûr, et une expérience consommée : il devait à l'observation clinique, cette autorité qui s'impose, qui entraîne les convictions, même celles des esprits les plus prévenus. Il apportait dans la discussion une modération qui n'excluait pas la fermeté, et ses réponses nettes, précises, ramenaient à son impartiale opinion les magistrats que l'apparente intégrité de la raison d'un accusé pouvait avoir fait hésiter un moment. L'un des faits les plus curieux est celui de Biscarrat, qui, en plein jour, dans un café de Marseille, avait déchargé un coup de pistolet dans la tête de l'un de ses camarades. Biscarrat était un de ces aliénés raisonnants, dont les conceptions délirantes ne se traduisent pas par des actes immédiatement qualifiables. Il fallut une observation attentive, des investigations patientes, pour reconstituer des antécédents pathologiques obscurs, dont la connaissance était indispensable pour formuler avec une certitude absolue, les conclusions demandées. Dans une note, qui est une véritable profession de foi, Auhanel se montre le médecin consciencieux, honnête, préoccupé surtout de ne pas marcher à l'aventure. Il veut que toutes les pièces de l'instruction lui soient communiquées ; il affirme hautement sa compétence à les discuter. Il ne lui semble pas que le problème posé au médecin légiste puisse se réduire à ces termes : « Déterminer si l'individu est ou n'est pas aliéné au moment de l'examen. » Il fait justement ressortir toute l'insuffisance de ce simple examen pour arriver à une appréciation exacte des motifs auxquels le crime doit être attribué ; je ne résiste pas, Messieurs, au plaisir de vous citer textuellement un passage que chacun de nous voudrait avoir écrit : « Le médecin seul, à notre avis, est à même de juger de l'importance des antécédents de l'inculpé, et d'ap-

précier les caractères morbides qu'il peut présenter. Cette recherche lui est d'une indispensable nécessité ; car, devant se proposer dans les cas de ce genre, quoi qu'on en dise, la solution de cette double question, à savoir si l'inculpé est aliéné, s'il l'était au moment de la perpétration du crime, comment pourra-t-il se former une opinion sur ce dernier point, si toute l'histoire de l'individu lui reste entièrement inconnue? En pathologie, il est admis comme principe de diagnostic que, pour bien apprécier un état morbide, il faut savoir scruter toute la vie du malade, connaître ses habitudes, son tempérament, ses idiosyncrasies, rechercher les causes déterminantes, toutes les influences récentes ou éloignées qui ont pu contribuer à altérer sa santé : c'est ce que nous faisons toutes les fois qu'il s'agit d'une maladie d'un organe quelconque de l'économie. Pouvons-nous nous en abstenir, consciencieusement, dans les cas de folie, remplis souvent de beaucoup de doutes et d'obscurités, alors qu'il est question d'éclairer la justice, et que, de notre déclaration dépend souvent la vie d'un individu? Pour moi, considérant cet examen comme un des devoirs les plus sacrés, je réclamerai toujours que les pièces de l'instruction soient mises à ma disposition, toutes les fois que les tribunaux voudront bien avoir recours à mes faibles lumières ; et si jamais cette communication m'était refusée, je n'aurais pas le courage, en conscience, de me prononcer sur les questions qui me seraient soumises. »

Devant le jury, Aubanel eut, à propos de Biscarrat, à discuter ses conclusions ; l'accusé n'admettait pas qu'on pût le considérer comme un aliéné, et cette attitude qui pour nous n'est ni nouvelle, ni suspecte, embarrassait également les magistrats et les jurés. Il dut reprendre un à un les symptômes, en démontrer la valeur, et s'élever à ces considérations générales où il ne fallut pas moins de son savoir profond, de son autorité imposante, pour vaincre des préventions que l'accusation venait encore fortifier. Il triompha de tous ces obstacles; mais en nous disant le succès de ses efforts, il touche à une question que la loi n'a pas définitivement tranchée, à laquelle son bon sens, la rectitude de son esprit donnèrent la solution selon nous la meilleure. L'avocat général en soutenant l'accusation lui disait : « Si votre opinion est admise par la Cour, cet homme sera absous et renfermé comme aliéné dans une maison de fous. Mais, si sa folie est curable, et s'il arrive que les ressources de l'art triomphent de sa maladie, n'est-il pas

à craindre en le rendant à la société, que, ses mêmes idées revenant, il ne redevienne lui-même assassin? » Aubanel répondit que, dans son opinion, le séjour dans un asile devrait pour Biscarrat, durer autant que sa vie, qu'en l'absence de signes certains d'une guérison à jamais radicale de la folie, il ne prendrait jamais sur lui, s'il lui était confié, la responsabilité de sa mise en liberté; qu'il rangeait, pour sa part, tous les aliénés homicides, du genre de Biscarrat, dans la même catégorie » Et complétant sa pensée dans la communication qu'il vous adressait, il exprimait le vœu de voir soumis à des conditions spéciales d'isolement ces aliénés dangereux, pour lesquels la plupart des asiles n'offrent pas de retraites assez sûres. Je n'aurais pas, Messieurs, insisté aussi longuement sur ce point, si, dans une autre enceinte, une discussion ne s'était pas dernièrement ouverte sur ce sujet si grave. A notre sens, Aubanel a devancé la solution, et indiqué d'un mot ce qu'il y avait le mieux à faire. Partout, et il semble que les cas de folie homicide se soient plus fréquemment qu'à tout autre médecin, présentés à lui, vous retrouverez les mêmes convictions défendues avec la même énergie; dans les faits d'Etienne, de Baldinelli, de Moulinard, de Maurin, de Viard, aussi bien que celui de Biscarrat, c'est toujours au nom des droits de la science, défendant les droits de l'humanité, qu'il affirme ses généreuses préoccupations. « Dévoué de cœur et d'âme, dit-il, à la cause des aliénés, j'aime à soulager le sort de ces infortunés, à réclamer leurs droits et à défendre leurs actions de toute assimilation avec le crime. »

Ce n'était pas seulement dans ces circonstances, qu'Aubanel se montrait le protecteur dévoué des aliénés : j'ai réservé à dessein de vous le montrer dans son asile, et de vous initier à la vie de cette homme de bien qui ne se doutait pas en publiant le compte rendu administratif et médical de son service, qu'il écrivait la plus touchante biographie qui se puisse lire. Dans ces pages, où la plus rare modestie n'émeut pas moins que la grandeur des résultats obtenus, on peut suivre le jeune médecin depuis son entrée dans la carrière jusqu'au moment où il est en possession de tous les moyens d'action qu'il a conquis un à un. Dix années ont été consacrées à cette œuvre; à son début, il est jeté dans ces quartiers d'hospice, abandonnés sans surveillance, sans contrôle à des infirmiers brutaux, à des religieuses souveraines maîtresses; il a tout à faire,

même d'établir l'identité de ses malades que la plupart du temps on ne connaissait que sous un sobriquet ou un prénom. Il est obligé d'imposer son autorité et de faire valoir les droits que lui donnait la loi nouvelle, pour se faire ouvrir des cabanons où vivaient presque oubliés, des malheureux auxquels on ne pouvait reprocher que d'être trop bruyants ou d'une surveillance difficile. Il leur donne un lit, au lieu de la paille jetée sur les dalles des cellules souterraines; il installe des réfectoires; il fait plus encore, il veut qu'on travaille dans cette demeure où l'oisiveté énervante conduisait à l'inertie, à l'abrutissement. Pour nous qui savons toutes les difficultés d'une transformation de ce genre, patiemment, courageusement poursuivie malgré des résistances de toute sorte, nons n'avons pas assez d'éloges à donner à celui que rien ne rebuta jamais, et qui puisait en lui-même, dans sa foi sincère, dans son ardente charité, les forces nécessaires pour mener à bien une pareille entreprise.

Lorsque l'installation de l'asile St-Pierre fut complète, il se passa un fait qu'Aubanel apprécie comme il convient de le faire : dans l'espace de quelques années la population augmenta d'une manière sensible; fallait-il en conclure que le nombre des aliénés était en progression croissante à Marseille? Aubanel ne le pense pas; il a raison de croire que les conditions nouvelles faites aux malades inspiraient aux familles plus de confiance; et que, apprenant de tous côtés que les aliénés étaient mieux traités, qu'ils jouissaient d'un bien-être inconnu jusque-là, les préventions tombèrent, les admissions furent moins tardives; les guérisons qui n'étaient autrefois qu'une rare exception, se multiplièrent. Je ne veux pas, Messieurs, insister ici sur des chiffres qui ne seraient pas à leur place, mais je ne saurais, vous rappelant ce compte rendu statistique publié en 1850, omettre d'en détacher une page qui fait le plus grand honneur à Aubanel. Par suite d'un traité passé entre l'Algérie et la direction de l'asile de Marseille, les aliénés d'Afrique étaient transférés à St-Pierre. Si les Européens n'avaient pas à souffrir de cette mesure, il n'en était pas de même des indigènes que décimait la phthisie. Ils mouraient dans la proportion de 1 sur 5, chiffre effrayant, si l'on remarque que la mort n'arrivait pas chez eux par le fait de leur affection mentale, mais seulement par suite d'une maladie accidentelle survenue dans l'asile : « J'ai vu, déjà plu-

sieurs fois, dit-il, des Arabes d'une forte constitution, contracter des rhumes opiniâtres, s'affaiblir graduellement, et succombor aux progrès de la phthisie. » Ce qu'il demande, c'est lo retour immédiat des aliénés d'Afrique, dans leur patrie; ce qu'il indique comme mesure d'humanité, c'est la création d'un asile en Algérie. Ce vœu, il ne lui aura pas été donné de le voir rempli; c'est d'hier seulement quo l'on s'est enfin décidé à faire ce qu'il conseillait il y a 25 ans. Sur ce sujet, comme sur tant d'autres, il faisait preuve d'autant de savoir que de clairvoyanco, et je puis dire, Messieurs, qu'il n'est pas de questions relatives à l'aliénation montale, où il ne se soit montré d'une supériorité qu'il devait tout entière, à son savoir, à son expérience.

Ses qualités éminentes lui avaient fait à Marseille uno situation élevée, son mérite le préserva longtemps de l'envie. Ses confrères recherchaient ses avis, et lui témoignaient une confiance dont il était justement fier. La Société de médecino de Marseille, après l'avoir nommé son secrétaire général, le fit deux années son président. Ce fut lui encore qui fut mis à la tête du Comité médical des Bouches-du-Rhône, Association bienfaisante instituée dans le but de venir en aide aux deshérités de la fortune, à ceux qui, éprouvés par des revers ou par la maladie, ne peuvent plus trouver dans l'exercice de la profession médicale, le pain de leur famille, le repos de leurs vieux jours. Que de fois son inépuisable charité eut l'occasion de s'étendre sur de malheureux confrères! Il les aidait avec une générosité si discrètement voilée, qu'on ignorait quelle main s'était ouverte. On le sut plus tard ; et non content d'avoir fait le bien pendant sa vie, il voulut, en léguant à l'Association médicale des Bouches-du-Rhône, une somme de quatre mille francs, que son œuvre fût continuée après lui.

Il semble, Messieurs, qu'une telle vie n'eût jamais dû être traversée par des épreuves imméritées. Il n'en fut rien pourtant. Aux années heureuses, où tout lui avait souri, succédèrent tout à coup les plus cruelles infortunes. Frappé deux fois dans ses affections les plus chères, brisé par de dures épreuves, rendues plus poignantes encore par la soudaineté avec laquelle elles venaient l'accabler, il fut pris de cet immense découragement qui saisit l'homme à la fin de sa carrière, à l'heure où il se réfugie plus volontiers dans ses affections, dans ses souvenirs, à l'heure où, après avoir noblement fait son devoir,

il espère se reposer dans les joies saintes de la famille. La mort sans pitié, vint prendre à son foyer ses deux filles, l'une après l'autre, comme pour mieux déchirer le cœur le plus aimant qui fût jamais. Il se trouva sans forces contre sa douleur; il ne se fut pas relevé s'il n'avait eu, près de lui, une femme dont le dévouement égalait l'affection. Madame Aubanel s'oublia elle-même pour ne songer qu'à lui; elle le rattacha à la vie, en lui faisant sentir combien étaient étroits les liens qui les unissaient; combien elle, la mère, avait besoin d'être consolée par lui, combien il lui était nécessaire. Il se laissa charmer par l'ingénieuse tendresse de la douce et sainte femme qui avait été sa joie, son orgueil, qui devenait, à son insu, son appui. Il se reprit à vivre, pour elle d'abord, pour ses malades ensuite ; mais ceux qui l'avaient connu plein d'énergie, virent bien que la plaie n'était pas fermée, et, que frappé au cœur, Aubanel n'était plus lui-même. Un jour cependant il se redressa fièrement Atteint dans sa dignité par une mesure administrative injustifiable, amoindri dans la situation que son mérite, son dévouement lui avaient si légitimement acquise, il releva la tête, et, jetant un regard sur son passé, n'y trouvant qu'une longue série de services rendus à l'humanité, à la science, il se sentit le droit de demander compte à ceux qui l'attaquaient, d'une hostilité misérable dans ses prétextes, dans son but. Il fut vengé, comme il convenait qu'il le fût, par les témoignages de sympathie que lui apportèrent en foule, ses amis, ses confrères, ses internes, et aussi par le Préfet du département des Bouches-du-Rhône, qui, comprenant combien il était nuisible aux intérêts même de l'asile, combien il répugnait au sentiment général, d'enlever à Aubanel une partie de son service, obtint le retrait de la décision ministérielle qui allait consacrer un acte d'ingratitude.

Et, comme si ce n'était pas assez de ses chagrins, il lui fallut encore subir les préoccupations et les ennuis que lui causèrent une aliénée venant le poursuivre devant les tribunaux, l'accusant de l'avoir illégalement sequestrée. Qui de nous, Messieurs, n'a pas rencontré dans sa vie, quelques-unes de ces malades qui mettent au service de leur délire toute l'activité d'une intelligence troublée, mais non disparue? Le monde prend volontiers parti pour elles ; elles se présentent comme des victimes d'une mesure arbitraire, injuste; elles déploient dans leurs revendications une telle énergie, une telle persistance, elles

se sentent si bien encouragées par le bruit qui se fait autour d'elles, qu'elles ne se lassent jamais. Avec une habileté peu commune, elles dénaturent les faits, elles créent de toutes pièces un systèmes d'accusations mensongères, et leur trame est parfois si bien ourdie que les meilleurs esprits peuvent se laisser tromper par elles. Aubanel ne voulut pas accepter le débat devant les tribunaux, il le porta plus haut, et le conseil d'Etat fut chargé de rechercher si le médecin en chef de l'asile public d'aliénés des Bouches-du-Rhône avait manqué à ses devoirs. Le résultat n'était pas douteux; il sortit de cette lutte sans qu'il restât rien qui pût porter atteinte à sa haute honorabilité.

Aubanel déjà si fortement ébranlé, ne put oublier cette nouvelle épreuve; il ne se plaignit pas, mais le triomphe de sa cause si juste ne put suffire à effacer un amer souvenir. Il eut besoin de s'éloigner pendant quelque temps de son asile, tout lui devenait une fatigue, tout réveillait sa douleur. Il alla chercher à la campagne un repos devenu nécessaire; il espérait y retrouver avec le calme, les forces qu'il sentait l'abandonner. Un moment on put croire qu'il se relèverait de tant et de si cruelles secousses. Mais la mort préparait son œuvre. Comme elle avait frappé la fille, elle frappa le père, soudainement, d'un seul coup. Le 28 janvier 1863, Aubanel était emporté, à 52 ans, par une apoplexie foudroyante.

Cette fin prématurée d'une vie si utilement remplie, causa parmi nous un douloureux étonnement. Aubanel nous était cher, à nous qui connaissions ses qualités rares, l'élévation de son esprit, la bonté de son cœur. Membre correspondant de notre Société, il nous témoignait d'actives sympathies, il s'associait à nos travaux, il se rapprochait de nous par des communications du plus haut intérêt scientifique. Mais, ce que nous ne savions pas, c'est qu'il voulait que nous devinssions un jour les dispensateurs de ses bienfaits. Il ne lui suffisait pas de tout ce qu'il avait fait en passant dans ce monde. Dans cette âme d'élite germait depuis longtemps le projet de rendre à la science de la médecine mentale, qui l'avait fait grand, honoré, estimé de tous, un éclatant hommage de sa reconnaissance. Il fut surpris par la mort avant d'avoir pu donner suite à ses desseins. Mais, de pieux souvenirs, le désir de répondre encore à une chère pensée, ont guidé celle qui partagea ses joies et ses tristesses, ses espérances et ses mécomptes.

Madame Aubanel devinant ce qu'il avait laissé d'indécis dans des entretiens où les prévisions étaient restées lointaines, semble s'être inspirée de oes mots de Pascal : « Une des plus solides et des plus utiles charités envers les morts, est de faire les choses qu'ils nous ordonneraient s'ils étaient encore au monde. » Elle a fondé, sous le nom d'Aubanel, un prix triennal qu'elle vous confie le soin de décerner. Il n'était pas possible, Messieurs, de le mieux comprendre, et de lui rendre un hommage qui fût plus digne de lui.

Nous avons accepté ce legs, touchant témoignage de l'affection d'une noble femme pour celui qu'elle pleure, dont elle veut que nous gardions le souvenir, comme elle le garde elle-même. Nous, ses contemporains, les confidents de scs travaux, nous ne pouvions l'oublier jamais. Ceux qui nous suivront, apprendront de nous à bénir sa mémoire, ils associeront le nom de madame Aubanel à celui du savant pour lequel les intérêts de la science furent toujours sacrés.

Aubanel ! collègue regretté ! reçois aujourd'hui de la Société médico-psychologique, le respectueux témoignage de sa reconnaissance ! Déjà, fidèle interprète de ta pensée, elle a fait appel à des esprits jeunes, laborieux, qui se sont empressés de répondre à sa voix. En ton nom, elle a rccompensé leurs efforts. Tu peux dire avec le poëte :

« Non omnis moriar ! multa que pars mei
Vitabit Libitinam. Usque ego postera
Crescam laude recens (1). »

Non ! tu ne mourras pas tout entier ! La plus noble partie de toi-même triomphera de la parque : ta gloire toujours nouvello, grandira sans cesse.

Ta gloire, c'est à nous que tu la confies ! avec orgueil, nous acceptons ce précieux dépôt !

(Applaudissements.)

Travaux d'Aubanel.

Voir l'art bibliographique publié par M. le Dr Thore, in *Annales méd.-psychol.*, t. II, 4e série, 1863.

(1) Horace, Odes xxx, Liv. III.

M. Loiseau demande à renouveler sa motion tendant à ce que la notice biographique dont M. Motet vient de donner lecture soit imprimée sous forme de brochure, et ornée du portrait d'Aubanel, pour être distribuée aux sociétés savantes et perpétuer le souvenir d'un homme qui a honoré à un si haut degré la Société médico-psychologique.

M. Fournet appuie la proposition de M. Loiseau. Adopté.

Signes physiques de la folie raisonnante.

M. Berthier. Le sujet, proposé à votre étude par M. Jules Falret, est des plus intéressants. Depuis longtemps déjà, l'opinion de ce judicieux collègue était la mienne. Il me semblait que les auteurs avaient passé bien légèrement sur le côté physique de la maladie livrée en ce moment à votre attention, et que chacun nomme selon son point de vue; moins, peut-être, pour ajouter aux nomenclatures que pour exprimer une lacune ou un besoin scientifique.

Cette idée reposait, chez moi, autant sur la lecture des descriptions publiées que sur le résultat de mon étude. J'avais remarqué, en effet, que la plupart des malades de cette catégorie, sans être souvent arrêtés, comme on dit vulgairement, souffraient presque toujours : (caractère qui n'est pas à dédaigner, puisque dans certaines espèces morbides, telles que la monomanie, on voit parfois ceux qui en sont atteints fournir une longue carrière et jouir apparemment des attributs de la santé.) J'avais remarqué aussi que, contrairement à la plupart des autres aliénés, non-seulement ils avaient conscionce de leur état de souffrance, mais encore, point sur lequel a insisté M. Delasiauve, ils en étaient fort préoccupés. Mes analyses avaient porté principalement sur la population des asiles de Bourg, où j'avais un service de cinq cents femmes et un grand nombre de pensionnaires placés volontairement; or, on sait que les femmes de la classe aisée fournissent un contingent plus élevé de *folles raisonnantes.*

Eh bien, il m'a été donné d'étudier une quarantaine d'affections mentales, qu'on dénommera à volonté, indiquées dans mes notes sous le titre de *Stæchiomanies*, c'est-à-dire de folies qui n'étaient ni de la manie, ni de la monomanie, ni de la démence, ni de l'imbécillité, mais un peu de tout cela en germe, en rudiment. Car, comme l'a si bien exprimé M. Campagne, dans un Traité que vous avez couronné : « la manie raison-

nante ne se manifeste guère par des phénomènes saillants ; elle offre beaucoup de silhouettes de symptômes, et peu de symptômes parfaitement dessinés. Son appareil de manifestations repose tout entier sur des nuances, sur de simples degrés de l'activité mentale, et jamais sur des phénomènes morbides énergiquement accusés et très-reconnaissables. En outre, cette affection est très-voisine des limites extrêmes de la physiologie. Elle forme le premier échelon des troubles pathologiques du moral. »

Les personnes que j'ai observées se distinguaient par des formes diverses, mais avaient un fonds commun : *la perversion de la sensibilité, la plainte perpétuelle de soi ou des autres*. Elles offraient les symptômes suivants : maux de tête pouvant aller jusqu'au vertige, douleurs musculaires errantes simulant le rhumatisme, embarras gastriques alternant avec des caprices d'appétit; puis, et avant tout, des désordres de sensation survenant par quintes, expliquant plus ou moins les plaintes, excessives ou dénaturées des patients, telles que la gêne éprouvée par les vêtements, l'état de l'atmosphère, etc., etc. Ainsi, une jeune fille refusait de se coiffer, prétendant que le contact du peigne lui causait d'intolérables souffrances ; une autre se déshabillait sans cesse, prétextant qu'elle manquait d'air sous la pression de son corset ; la troisième mangeait rarement, parce que les aliments lui écorchaient le pharynx ; la quatrième voulait marcher nu-pieds, dans l'impossibilité où elle se trouvait de supporter bas et chaussons; avec une autre, les courants d'air jouaient un grand rôle, etc. Ces quintes ou accès, revenaient fréquemment à l'époque des règles. Cependant (ici je me séparerais de mes honorables collègues, MM. Falret et Legrand du Saulle), les phénomènes observés n'ont jamais ou presque jamais passé les bornes de la névrose. Une seule fois, un de nos hommes, dont l'histoire est consignée dans le livre du docteur Campagne, a eu une légère congestion cérébrale.

Je ne puis, Messieurs, vous donner l'analyse de chacun de ces cas ; n'ayant jamais été à même de suivre, pendant toute leur existence, les malades qui en font le sujet, et qui, vous ne l'ignorez pas, sont des êtres mobiles, fantasques, amis du changement, et ennemis de chaque domicile ; n'ayant, en outre, jamais eu la bonne ou la mauvaise fortune d'en voir mourir une entre mes mains.

Un second fait m'avait frappé. La multiplicité des affections de cette nature, aux âges de la puberté et de la virilité ; qui s'é-

tait traduite, dans mes notes, par des expressions propres à me les rappeler : stæchiomanie des pubères, stæchiomanie des adultes, héréditaire ou acquise ; voulant par là constater ce qui m'écarterait une seconde fois de l'opinion de mes collègues de Bicêtre, que la folie raisonnante n'est pas infailliblement héréditaire.

Nous sommes d'accord sur ce point : la folie raisonnante est accompagnée de phénomènes organiques. Nous ne le sommes peut-être pas sur le mode pathologique attribué à la maladie.

Celle-ci a-t-elle une symptômatologie physique, qui lui soit propre?

Rien ne répond mieux à cette proposition que la suivante : « Y a-t-il une symptômatologie physique propre à chaque genre de folie? Etant donné un tableau de troubles matériels, est-il possible de le rattacher à un ordre de troubles psychiques correspondants? »

Le diagnostic, pour être établi ici avec sûreté, doit être tiré de l'association de deux ordres de faits solidaires ; et cette association doit être, en même temps, ce me semble, la base des conclusions juridiques, un des meilleurs éléments de la médecine légale. Isolés ils n'auraient qu'une signification relative ; réunis, ils constituent la preuve d'une affection, peut-être d'une entité.

M. Legrand du Saulle, dans une récente communication, a déroulé sous nos yeux une série de perturbations et d'anomalies qui, rencontrées ensemble, auraient une valeur indéniable. Il nous a dit que les malheureux, disposés à la folie raisonnante, ont des déformations de l'occiput, une assymétrie des oreilles, une ogivité de la voûte palatine, des organes génitaux mal conformés, des membres grêles, des tics, du strabisme, une facilité délirante extrême, des contractures cboréiformes, très-peu de résistance à l'action des spiritueux, la privation habituelle d'aptitudes génératrices. Il a ajouté, qu'à l'époque de la puberté, ces pauvres déchus, les jeunes filles en particulier, et plutôt celles de la classe ouvrière, supportaient une traversée orageuse, enclins à l'anxiété, à la mélancolie, au spleen, à la nostalgie, au suicide. Je reconnais bien, en effet, dans cette énumération, la symptômatologie des *fous héréditaires* dépeinte par Morel, et que notre confrère, dans un travail extrait de ses cours à l'Ecole pratique, a développée à son tour d'une manière très-heureuse. Mais, je suis obligé de l'avouer, les malades de la même nature, soumis à mon observation, sont

loin d'avoir, tous ou en majeure partie, offert un tel appareil. Et pourtant, je le répète, quelque appellation qu'on leur applique, ils ne sauraient être considérés autrement que comme des aliénés d'une même classe, ou, si l'on aime mieux, ne pourraient rentrer dans aucune des autres classes de la médecine mentale : qu'ils soient dits fous raisonnants, maniaques sans délire, fous lucides, pseudomonomanes, etc., etc. Il y aurait donc une distinction importante entre eux et les précédents.

En somme : il existe, à mon avis, un groupe de phénomènes somatiques qui accompagne un groupe de phénomènes psychiques, auquel on a imposé diverses dénominations. Mais, celle de folie raisonnante a prévalu, parce qu'elle désigne un état limitrophe entre la folie et la raison, ayant, si l'on veut me permettre l'image, l'indécision et l'obscurité d'une sorte de crépuscule.

Ce groupe, essentiellement nerveux, pourrait être indépendant de l'hérédité, affecte la forme hypochondriaque, avec son égoïsme orgueilleux et ses plaintes perpétuelles : conditions qui expliqueraient, jusqu'à un certain point, et la longévité possible ou l'apparence de santé de la plupart des malades, et la perversion de la sensibilité, qui est le lot commun, contrastant avec la conservation de la faculté syllogistique, si bien indiquée par Esquirol.

M. Delasiauve. La communication que nous a faite dans la dernière séance, notre savant collègue M. Legrand du Saulle comporte, sans contredit, des faits intéressants. Répond-elle de tout point au sujet qu'il semblait vouloir embrasser? J'avoue qu'en l'entendant poser la question, je m'attendais à des développements d'une autre nature. M. J. Falret, a-t-il dit, en soumettant à la discusion la thèse de la folie avec conscience, s'est surtout appliqué à déterminer cliniquement les traits différentiels propres à la faire reconnaître, insistant plus spécialement sur les anomalies mentales. C'est afin de donner au diagnostic son entier complément qu'il s'est proposé, pour lui, de rechercher et de signaler les conditions et les signes physiques.

Certes le but est louable. Mais notre collègue l'a-t-il atteint? a-t-il du moins suivi une marche irréprochable? On parle beaucoup de la folie ou de la monomanie avec conscience comme d'une présomption nouvelle. Nous nous sommes expliqué bien des fois déjà sur cette prétendue nouveauté. En quoi

consiste donc la folie avec conscience? Nous avons, depuis dix-sept ans, essayé de la délimiter par une définition exacte et d'en tracer l'histoire. On ne nous a point compris et nous ne voyons pas que jusqu'à présent ou s'en soit fait une juste idée, et qu'en dehors de nos études, elle ait acquis son vrai rang dans la nomenclature.

Point de thème si restreint qui n'ait sa filiation, et dont il ne faille, à notre avis, énoncer les phases. M. J. Falret, nous le lui avons objecté, n'a point observé cette règle, et, l'imitant en cela, M. Legrand du Saulle s'en est dispensé lui-même. Il a mentionné des exemples, nous ne le nions pas; ont-ils un cachet irréfragable? c'est ce que, pour plusieurs, on pourrait contester, notamment à l'égard de ce jeune homme qui, défectueux dans ses parties sexuelles, se complaisait à contempler, sur les statues, les tableaux et les personnes nues, les organes génitaux. Poursuivi par l'idée de son infirmité, ce pauvre garçon, évidemment, saisissait avec avidité toutes les occasions de se comparer avec les autres; et cette habitude avait fini par dégénérer en monomanie. En sorte qu'ici le vice originel, loin d'accuser une prédisposition à l'aberration mentale, en était peut-être, comme il arrive quelquefois, la cause effective.

Puis sur quels indices s'appuie M. Legrand du Saulle? Les malconformations du crâne, son assymétrie, ses faibles dimensions, prédispositions communes, occasionnent de préférence une inconsistance ou des irrégularités congénitales M. Campagne a noté et M. Legrand du Saulle aurait vérifié un aplatissement de la région occipitale dans beaucoup de cas. Que cette disposition se rencontre assez fréquemment chez les aliénés et soit une cause de leur affection, on peut à la rigueur l'admettre Mais la folie avec conscience n'est pas tellement abondante qu'en un court espace, on ait la chance de réunir tant d'exemples de cette imperfection particulière.

Et de fait la raison que nous venons d'énoncer, nous l'avions, par avance, implicitement opposée à M. Campagne, quand, en 1869, dans le *Journal de médecine mentale* (t. IX, p. 87), nous avons rendu compte de son ouvrage, d'ailleurs si remarquable sur *la manie raisonnante*. Sans place formelle dans la classification, son cadre, précisément, nous a semblé, vaguement élastique, renfermer des espèces disparates, bon nombre surtout relevant des premiers degrés de l'idiotie.

Je ferais une semblable réserve pour les anomalies de l'appareil générateur. D'abord elles sont relativement exceptionnelles.

Si, d'autre part, elles dérivent parfois d'une altération d'ensemble et primordiale du système nerveux, comme cela se voit chez les enfants arriérés, non moins souvent, selon toute vraisemblance, elles dépendent d'une cause locale. En ce cas, l'intelligence et le moral peuvent acquérir et conserver leur intégrité; ou si, sous une forme quelconque, ils subissent une atteinte, ce désordre s'explique naturellement. Nul n'aime en sa personne une bizarrerie ou un ridicule. Le sentiment s'en développe avec l'âge, il pèse sur l'imagination, il la trouble, et ce malaise, si la fermeté d'âme unie à l'habitude n'en modère l'acuité, est d'autant plus susceptible d'engendrer diverses variétés de folie, qu'il s'aggrave généralement par les obstacles et les ennuis semés sur la route de l'avenir.

Ce serait une magnifique étude en ce genre que la recherche et l'appréciation de telles conséquences. C'est, étant élève à la clinique de Dupuytren que, pour la première fois, mon attention fut éveillée sur ce point. Les cas de monorchidie n'y étaient point rares. Parmi ceux chez qui l'une des poches scrotales se trouvait ainsi vide, plusieurs, déprimés ou inquiets, à propos du mariage, présentaient des signes d'hypochondrie, même avec propension au suicide. Un individu, une année, était entré avec un de ces sarcocèles que le maître qualifiait de scrofuleux. Un côté était gravement envahi. Dupuytren jugea l'autre suffisamment compromis pour en proposer aussi l'ablation. Le patient s'y résigna, non sans répugnance. Mais l'un des dimanches suivants, la cicatrisation s'opérant à merveille, la femme, instruite du sacrifice, s'en montra très-courroucée. Dès le soir, éclata le délire qui ne tarda pas à emporter le malade.

Pour mon compte, j'ai reçu, entre autres, à ma consultation, deux sujets curieux. Le premier, il y a fort longtemps, était un homme d'une quarantaine d'années, cultivateur à la campagne, de taille et de conformation ordinaires. Timide et peu communicatif, il s'était marié tard et avait, d'une première femme qu'il avait perdue, deux garçons encore jeunes. Remarié depuis quinze à dix-huit mois, sa seconde femme n'était point devenue enceinte. Ce malheureux était monorchide, et, dans son souci d'écarter le soupçon sur une singularité dont souffrait en secret son amour-propre, il avait toujours apporté dans ses rapports conjugaux une grande réserve. Il vivait en paix, néanmoins, lorsque, dans une réunion de joyeux compères, le hasard amena la conversation sur les aptitudes pro-

créatrices. Les plaisanteries n'étaient pas ménagées, surtout à l'égard de ceux qui étaient privés de testicules, ou qui n'en avaient qu'un seul. L'un, leur déniait la faculté d'avoir des enfants. Un autre, attribuait exclusivement, selon un préjugé vulgaire, la vertu d'engendrer des mâles aux individus pourvus du testicule gauche. Précisément, c'était celui qui manquait au pauvre patient.

A partir de cet instant, son esprit s'assombrit. Le doute sur sa paternité germe et se fortifie. Il éprouve pour ses enfants une aversion involontaire. Il s'imagine être en butte à la raillerie générale. Ce qui le confirme dans ses craintes c'est que sa seconde femme, exempte de fécondité parce qu'elle serait restée fidèle, peut le trahir. Le sommeil le fuit et bientôt surgit le dessein d'en finir avec la vie. Consulté, Velpeau, ironique par tempérament, croit le guérir en se moquant de ses ridicules appréhensions. Ses lazzis, d'un à propos douteux, ne font qu'aviver la souffrance. Il m'est adressé à mon tour. Je m'efforce, par des explications simples et catégoriques, de le rassurer de mon mieux. Je lui lis même, à l'appui de mes observations, certains passages qu'il ne pouvait supposer inventés pour la circonstance. Il me quitte consolé. Fut-ce définitivement? Plus n'en ai entendu parler ; j'augure que mon influence n'aura été que passagère.

Pour le second, Alsacien de 28 ans, robuste, brun et barbu, la situation n'était pas moins triste. Il n'a jamais été empressé près des dames. Par une sorte de curiosité, il fréquentait quelquefois une fille publique. Rares pratiques solitaires ; il s'en était même déshabitué tout à fait dans les derniers temps. Son caractère était doux et timide. Il ne manquait ni d'intelligence ni de bon vouloir. Fixé dans une petite ville, à cinq ou six lieues de la capitale, il trafiquait de certains produits manufacturés, dont il alimentait la contrée environnante. Ses affaires prospéraient. On l'estimait, on l'aimait, et c'était à qui l'inciterait au mariage, dans l'intérêt de son commerce. Hélas ! il n'avait que trop de raisons d'hésiter. Dans ses proportions, l'organe viril égalait à peine celui d'un enfant de six mois, ne s'allongeant guère pendant l'érection au delà de 4 à 5 centimètres. Cédant, néanmoins, aux sollicitations, cet homme, si peu pourvu des qualités essentielles, finit par se marier.

On conçoit le froid qui s'introduisit bientôt dans le ménage. La femme, concentrant d'abord son chagrin, le traduisit par des plaintes plus amères chaque jour. A ces plaintes s'ajoutèrent

les reproches de la famille. La vie commune devint intolérable à ce point que la raison du malheureux fit naufrage. Sombre et taciturne, assailli par des hallucinations, il ne cessait de voir des visages irrités, d'entendre des paroles moqueuses ou menaçantes. L'idée de se détruire s'offrait souvent à lui comme une délivrance. Un placement me parut nécessaire. N'ayant vu qu'une fois le malade, je n'ai su si mon conseil a été adopté et quelles ont pu en être les suites.

Mon collègue Moreau, à qui je racontai ce fait, m'en cita un autre également significatif. Il concerne un homme jeune, robuste et instruit, adonné, dans les bibliothèques publiques, à des recherches littéraires. Le pénis pèche surtout, chez lui, par une excessive brièveté, trois à quatre centimètres au plus. Enclin à malaxer ce diminutif d'organe, dans l'espoir sans doute de l'accroître, il réitérait à tout propos cette manœuvre et fréquemment se rendait auprès des prostituées pour en recevoir le même office. Lui, aussi, eut l'imprudence de lier son sort à celui d'une épouse. Cette infortunée, malgré sa naïve ignorance, s'était figuré un idéal qu'elle ne rencontrait point dans les premiers embrassements. L'impression se borna à l'étonnement. Instruite peu après, elle sentit toute l'amertume du vide. Elle eut, toutefois, plus de force pour souffrir que pour récriminer. Mais, minée par la tristesse, elle est devenue folle. Le mari a résisté à la tourmente.

Non sans fondement, M. Legrand du Saulle a insisté sur les circonstances et les signes dénotant l'hérédité, ainsi que sur les traces laissées par toute affection antérieure; fièvre cérébrale, fièvre typhoïde, lésions congénitales, épilepsie, etc. Je ne puis, cependant, à cette occasion, ne pas renouveler une remarque que, maintes fois, j'ai déjà produite. Il semblerait, au soin extrême que prennent aujourd'hui les aliénistes de mettre en relief les vices héréditaires constitutionnels ou acquis, que, jusqu'à nous, ce côté si important des problèmes soulevés par l'aliénation mentale, aurait été négligé, c'est une erreur, un déni de justice envers nos devanciers, et j'ajouterai un péril à certains égards.

Ouvrez les premiers ouvrages classiques sur la folie et la médecile légale des aliénés, ceux par exemple de Pinel, d'Esquirol, de Marc, et vous n'en trouverez aucun qui ne signale, parmi les causes les plus efficacement prédisposantes aux désordres psychiques, les transmissions héréditaires, les conformations défectueuses du crâne, l'abus des liqueurs fortes,

certaines diathèses goutteuses ou herpétiques, les affections convulsives, etc. Point d'auteurs qui ne les recommandent à l'attention, qui n'en tiennent compte dans les consultations juridiques. Ferrus avait une telle conviction de l'influence héréditaire ou constitutionnelle qu'il allait jusqu'à supposer que, sans ce concours, aucun dérangement d'esprit ne saurait s'effectuer par cause morale. Dans son traité, si remarquable, des dégénérescences, Morel n'a fait qu'étendre et consacrer des notions communes à nous tous, et qui, dans tel ou tel cas donné, sont sous-entendues et s'imposent.

Mais si précieux que soit ce genre de constatations, il n'a en réalité qu'une utilité relative. En révélant des folies en puissance, il ne dispense point, celles-ci venant à éclore, d'un examen direct. Au diagnostic d'une vésanie douteuse, il ajoute un appoint considérable. La gravité du pronostic s'en augmente. Il n'en existe pas moins la nécessité supérieure, pour déterminer l'espèce mentale, de recourir à l'analyse des signes immédiats, physiques ou moraux. La folie avec conscience ne peut-elle, d'ailleurs, se produire sans une prédisposition spéciale?...

Indubitablement. Une coïncidence, exclusive de relation entre l'une et l'autre, ne serait pas même inadmissible. Eh! qui n'entrevoit là un écueil éventuel, principalement dans les expertises légales? Supposons, en effet, deux de ces cas équivoques sur lesquels la science hésite, et qu'à l'un manquent les antécédents suspects que l'on constate dans l'autre. Cette différence, bien qu'égaux quant à l'altération psychique et à ses effets, n'entraînera-t-elle pas des verdicts inverses, d'absolution pour le premier, d'infliction pour le second? Ce risque est évident, comme celui, par contre, de voir chez un délinquant, réputé jusque-là d'un esprit sain, mais dont la parenté serait entachée, s'élever de simples irrégularités aux porportions d'un fait morbide.

Avant tout donc, il importe que le dérangement mental soit mis hors de conteste, que le caractère en soit fixé et son rapport avec les actes délictueux parfaitement établi. Le reste vient après. Pour en revenir, de ce point de vue, à la thèse de notre collègue M. Legrand du Saulle, la logique, ce me semble, eût dû, tout d'abord, le convier à circonscrire, dans une définition exacte, la folie avec conscience. Il l'a acceptée, au contraire, telle quelle, malgré les nuages qui règnent dans la plupart des esprits.

Le terrain ainsi déblayé, les signes physiques, puisqu'il s'agit d'eux, s'offraient naturellement à son appréciation. Or, je crois l'avoir écouté religieusement, s'il les a effleurés, c'est à peine. Il me permettra, en tous cas, de lui adresser, sur ce point, les mêmes plaintes qu'à M. Jules Falret dans l'ensemble. Mes recherches sur la folie avec conscience ont une date déjà ancienne. On ne le soupçonnerait guère à leur attitude vis-à-vis de la question. Et, cependant, non-seulement je n'ai cessé, en maintes occasions, de dégager le type de cette variété psychique, mais, tout en réservant aux variations, héréditaire ou acquise, une place légitime, j'ai fait converger, avec l'étude des phénomènes de l'ordre moral, celle des symptômes physiques directement afférente à la maladie.

Mon travail de 1859 sur la pseudomonomanie porte cette triple empreinte. Pour m'en tenir aux indications somatiques, voici les passages qui s'y réfèrent : « Tout cela jaillit, évoqué, » remué en notes plus ou moins isolées ou nombreuses, ré- » pétées ou discordantes, sous l'*émotion nerveuse*... » « Aussi » est-ce communément lorsque le cerveau est soumis à quel- » que molimen congestionnel ou à une violentation spasmo- » dique que s'observent ces symptômes (p. 26). »

Suivent une série de conditions morbides où cela se rencontre. Passant au parallèle étendu et motivé sur lequel repose le diagnostic entre le délire partiel diffus et le délire systématisé, on lit, par opposition avec la fixité de cette dernière forme : « Les sensations et les idées sont alors variables comme » les *mouvements cérébraux* qui les occasionnent... Souvent » la pseudomonomanie s'efface avec le temps, une hygiène et » une thérapeutique convenables (p. 30)... Divers points du » crâne sont le siége d'une chaleur incommode ; le front est » enserré dans un cercle de fer ; les yeux s'appesantissent sous » une masse plombée. On sent, notamment, pendant les crises, » un bouillonnement de sang dans la tête... » « L'emploi du » traitement physique est, au contraire, provisoirement réclamé » pour obvier aux irrégularités nerveuses d'où procède le dé- » sordre plus ou moins vague des sentiments et des idées » (p. 37).. Dans les nuances pseudo-monomaniaques, le pro- » cédé violent de Leuret est généralement inapplicable..., » la douce persuasion étant alors supérieure à une logique que la conscience du trouble psychique et la docilité du patient rendent au moins inutile. Quant aux solutions légales non moins que la sanité apparente de l'esprit, l'état cérébral explique les

actes, les réponses et l'attitude des pseudomonomanes.

Le séminariste Raimbaud résumait, à lui seul, toute la situation. Il éprouvait des phénomènes congestifs vers la tête. « Par intervalles, c'était, raconte son confesseur, à qui il » s'ouvrait, un mouvement, un enchevêtrement indéfinissable » de sensations et de pensées qui surgissant, disparaissant, » reparaissant sans fixité, le plongeaient dans l'inquiétude, le » doute, la défiance... » « Il sentait sa tête douloureuse, » bouillonnante, sans en concevoir de remords... une in- » vincible puissance paralysait sa réflexion... »

Chez Jeanson, s'il n'est point expressément noté, faute sans doute d'un examen dirigé en ce sens, l'état congestionnaire, l'hyperémie active ou passive, était suffisamment accusée par la torpeur habituelle, la rêvasserie confuse et l'impuissance à se reconnaître et à se maîtriser au fort des entraînements. Nous en avons fait la remarque dans l'analyse des documents que nous avons eus sous les yeux (*Journ. de méd. ment.*, t. IX, p. 288).

Sur les vingt-quatre observations personnelles contenues dans l'article préindiqué, du *Journal de médecine mentale* (t. IV, p. 383), dix-neuf font mention d'accidents divers dans le cerveau : tête lourde, front serré, cerveau en ébullition, nuages dans le cerveau, vue sensible, tête en ébullition, crâne étreint, mémoire obscure, pesanteur de tête, douleur fixe en arrière, point très-douloureux en arrière, bourdonnements, tête en feu, sang à la tête, aux oreilles, embarras dans la région frontale, céphalalgie rémittente, migraine, vide dans la tête, bruits importuns, tête comprimée, engourdie, nuit profonde, tête entreprise, tête embrouillée, front serré, cerveau bouillonnant, cerveau en feu, front brûlant, tempes serrées, tête pesante.

Quatre cas sans indication. Dans un grand nombre, outre les phénomènes encéphaliques, on constate d'autres lésions : cardiaques, viscérales, de la fièvre, du tremblement, des névralgies rhumatismales, de l'herpétisme, etc. Morel dans son *Délire émotif*, a spécialement très-explicitement insisté sur ces derniers genres de signes physiques. Un seul des neufs faits renfermés dans son mémoire énonce l'embarras de la tête.

Parmi les nombreux exemples que j'ai recueillis depuis ces publications, aucun peut-être ne s'est soustrait à la loi ici indiquée. Toujours la tête est entreprise, et, fréquemment se joignent aux symptômes cérébraux des troubles des autres

fonctions. Il y a quinze jours à peine, une dame venait, anxieuse, et obsédée par une impulsion au suicide, réclamer mon intercession pour entrer dans un asile. Elle n'avait qu'une souffrance obtuse, mais sa tête était vide. Deux jours après, c'était une jeune fille, dont la tête éclatait et qui craignait de devenir tout à fait folle. L'une et l'autre se plaignaient de spasmes nerveux et de douleurs d'entrailles. Pendant plus de dix-huit mois, j'ai soigné une très-belle personne, de 19 à 20 ans, fléau des siens par son instabilité morale et ses capricieuses aberrations. Par moments, sa tête était douloureuse et engourdie. L'inertie intellectuelle s'accompagnait alors d'une notable dilatation des pupilles.

Ces témoignages sont patents. Si je les rappelle, du reste, c'est que le sujet comporte un intérêt exceptionnel par les lumières projetées sur la nomenclature, en ce qui résume toute la science mentale. Unité de conception, unité de langage y sont attachés. Ce progrès réalisé, en engendrerait une foule d'autres. N'est-ce pas le mobile de nos communes aspirations ?

M. Falret fait observer à M. Delasiauve qu'il paraît confondre les signes somatiques des folies raisonnantes (folie lucide, folie des actes), avec ceux de la folie avec conscience, sujet sur lequel la discussion est close.

M. Delasiauve répond que ni la définition de la folie avec conscience ni celle de la folie raisonnante n'ont été données en termes précis.

M. Falret insiste sur ce point, c'est qu'en abordant la discussion sur la folie raisonnante, M. Legrand du Saulle et lui ont entendu parler non des aliénés qui ont conscience de leur état pathologique, mais bien de ceux qui au contraire protestent contre la réalité de la forme de folie dont ils sont atteints.

La séance est levée à six heures.

Dr Collineau.

Séance du 29 mai 1876. — Présidence de M. Dumesnil.

M. Steinberg, *médecin de l'asile des aliénés de Moscou*, assiste à la séance.

Le procès-verbal de la *dernière séance* est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Ritti, élu membre titulaire dans la séance d'avril.

2° Une lettre par laquelle M. le Dr Sisteray sollicite le titre de membre correspondant, et fait à la Société hommage de divers travaux à l'appui de sa candidature.

Une commission composée de MM. Falret, Legrand du Saulle et Motet est chargée d'examiner les titres de M. Sisteray.

3° Une lettre de M. Azam, qui adresse à la Société un exemplaire d'une observation sur laquelle il demande que la discussion soit ouverte. — Cette observation est relative à un cas singulier d'*Amnésie périodique ou doublement de la vie*. A mesure que la maladie se prolonge, la situation pathologique, *condition seconde*, envahit une plus large part de l'existence de la malade. L'oubli des événements qui ont pu s'accomplir dans la situation normale, *condition première*, est complet dans la situation pathologique, et réciproquement. De plus, ce qui caractérise spécialement le cas clinique dont il s'agit, c'est que dans la condition seconde la malade accomplit des actes qui ne paraissent porter aucune empreinte morbide.

M. Lunier, qui a eu l'occasion d'observer un exemple analogue, rappelle qu'il en existe plusieurs du même genre dans la science.

M. Steinberg a donné ses soins à une femme sujette chaque mois à une surdité de quelques jours de durée, et dont l'état n'était pas à ses yeux, sans analogie avec celui de la malade observée par M. Azam.

Il est décidé que l'étude du sujet proposé par M. Azam sera mise à l'ordre du jour de la Société et qu'une commission composée de MM. Baillarger, Bourdin, Falret, Mesnet et Motet présentera un rapport sur le travail de M. Azam dans une prochaine séance.

La correspondance comprend en outre un exemplaire d'une étude intitulée l'*Art médical*, extrait de l'enoyclopédie complementaire (hommage de M. Bourdin. — Remerciements).

— Sur la demande de M. le Secrétaire général, il est décidé que la publication de l'éloge d'Aubanel sera renvoyée à une commission composée des membres du bureau et de ceux de

la commission des finances qui aviseront de concert aux voies et moyens.

M. le Secrétaire général demande à M. Fournet de vouloir bien donner à la Société des renseignements sur le caractère de la brochure qu'il a présentée récemment à l'Académie de médecine sous le titre de : *La folie avec conscience n'est pas la vraie folie.*

M. Fournet répond que cette brochure est la reproduction des doctrines qu'il a exposées devant la Société médico-psychologique au cours de la discussion sur la *folie avec conscience.* C'est un tirage à part de la note émanant de lui, qui a été publiée dans les *Annales.* Seul, le titre est différent.

M. Lunier se demande si dans un tirage à part, il convient de modifier aussi diamétralement que l'a fait M. Fournet, le titre d'une communication faite à la Société.

Il y voit, quant à lui, un défaut de forme, une discussion devant un corps savant engageant dans une certaine mesure tous les membres de ce corps qui ont jugé à propos d'y prendre part, et la substitution aussi radicale d'un titre à un autre pouvant prêter à des équivoques qui seraient regrettables.

M. Fournet fait observer que le titre qu'il a adopté pour le tirage à part de son mémoire : *La folie avec conscience n'est pas la vraie folie,* est la conclusion même à laquelle il avait cru devoir se ranger. Il mettra, du reste, la Société en mesure d'apprécier en lui faisant hommage d'un exemplaire de son travail dans la prochaine réunion.

Election d'un deuxième secrétaire.

La candidature de M. Ritti comme deuxième secrétaire est accueillie et ratifiée par voie de scrutin à la majorité des membres présents.

En conséquence M. Ritti est nommé deuxième secrétaire des séances de la Société médico-psychologique en remplacement de M. Bouchereau démissionnaire.

M. Magnan dépose sur le bureau au nom de M. Biaute, interne de M. Henri Bonnet, un mémoire manuscrit intitulé : *Fractures multiples chez un paralytique général.*

Renvoi au comité de publication.

M. le Secrétaire général rappelle la lettre adressée par M. le Dr Dunaut de Genève, membre correspondant de la Société médico-psychologique, conviant la Société au congrès médical international qui s'ouvrira à Genève le 6 septembre 1877.

Rapport sur les travaux de M. Mongeri.

M. Motet : Messieurs, j'ai l'honneur de vous rendre compte des travaux que vous adresse M. le Dr Mongeri, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Constantinople, membre correspondant de notre société. Notre savant collègue, si éloigné qu'il soit, ne veut pas laisser s'affaiblir les liens qui le rattachent à nous.

Il sait que nos sympathies lui sont depuis longtemps acquises, il les justifie par le nouvel envoi qu'il vous adresse, et dans lequel se trouvent plusieurs mémoires que j'analyserai pour vous.

Le premier, publié dans la *Gazette médicale d'Orient* (avril 1874), est un document excellent à consulter. Vous vous souvenez, Messieurs, de l'initiative prise, dans le sein même de la Société, et qui nous a valu le rapport de M. Lunier sur un projet de statistique internationale uniforme pour les maladies mentales.

M. Mongeri a pris la question au point de vue de son observation, de son expérience personnelles. Il abonde dans nos vues il fait justement ressortir tous les avantages qui pourraient résulter de l'adoption d'un semblable projet, aussi bien au point de vue social qu'au point de vue médical : « Provoquer l'adoption de la statistique internationale, c'est, dit-il, patronner un programme d'humanité et de science, et qui sera aussi éminemment utile et pour le gouvernement auquel on s'adresserait, et pour les médecins qui prêteraient leur concours à cette œuvre. » Les gouvernements seraient mieux instruits, et des causes qui peuvent provoquer la folie, et des besoins des aliénés. Les médecins, n'y trouveraient pas seulement un guide dans leurs recherches, un stimulant pour leurs études, mais leur situation serait relevée parce que leur travail serait la preuve de leur dévouement aussi bien que de l'étendue de leurs connaissances.

Après une étude générale, M. Mongeri aborde le côté pratique de la question, et signale les points sur lesquels devraient être introduites quelques modifications utiles. Il désirerait que pour les pays jusqu'à présent restés un peu en dehors du mouvement scientifique, et partant, peu connus, la statistique fût précédée d'un aperçu général, qu'il appelle statistico-régionaire, et dans lequel serait notés : la population générale du pays,

les races diverses qui l'habitent, et dans quelle proportion, les religions différentes, le nombre des asiles, les transformations qu'ils ont subies, etc., etc. Il y trouverait cet avantage, que dans les pays où manquent les renseignements officiels, on aurait immédiatement une série de faits bien étudiés, et qui serait du plus haut intérêt scientifique. Dans les détails, M. Mongeri insiste sur quelques particularités propres au pays qu'il habite; à propos de l'état civil, il voudrait qu'on ajoutât : — Marié à plusieurs femmes, divorcé. Pour les causes, il faudrait selon lui faire mention des causes spéciales et propres au pays que l'on étudie ; pour le culte, il demande l'addition d'une note pour les renégats. Il signale encore deux points importants, c'est l'étude comparative de la folie dans les différentes races existantes dans le pays, et l'indication des faits criminels qui ont provoqué la réclusion de l'aliéné.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux intentions de notre savant collègue. Ce que nous avions demandé, c'étaient précisément les renseignements qu'il nous envoie. Il n'était pas entré dans la pensée de la Commission de créer de toutes pièces un cadre complet. Elle sollicitait des avis qui ne lui sont pas parvenus avec l'empressement sur lequel elle avait cru pouvoir compter. Qu'à-t-elle fait? Elle a préparé des cadres, leur donnant l'extension la plus large possible, sachant bien que rien de définitif ne pouvait être fondé tant qu'elle n'aurait pas réuni les documents qu'elle attendait, qu'elle réclamait de toutes parts. C'est le mérite de M. Mongeri de l'avoir compris, d'avoir rendu un hommage mérité aux sentiments de la Commission de statistique internationale, et d'avoir apporté son concours à une œuvre utile, qui n'est pas achevée encore, qui reste toujours perfectible.

M. Mongeri nous adresse aussi plusieurs rapports médico-légaux, rédigés avec le plus grand soin, et qui sont surtout remarquables par la discussion scientifique dont les faits deviennent l'occasion. Le premier est relatif à un meurtre commis par un épileptique méconnu. C'était un jeune homme de 18 ans, chétif, nerveux, qui presque tous les mois avait sans causes bien déterminées, un accès de tristesse profonde, auquel succédait de l'incohérence dans les idées, de la bizarrerie dans les actes. Une nuit, il se lève, pour un motif futile, il entre dans un état de fureur aveugle, se jette sur sa femme, subitement, elle se défend comme elle peut, son frère arrive à son secours et reçoit de l'aliéné un coup de couteau dans le ventre. L'acte

accompli, le meurtrier s'affaisse, s'endort, et n'a plus au réveil qu'une idée vague et confuse de ce qui s'est passé. M. Mongeri soumet cet homme à une observation sévère pendant quatre mois, et conclut de ce qu'il voit dans l'asile, de la périodicité dans les retours d'excitation, des sensations perçues par le meurtrier, qu'il a évidemment affaire à un malade, à un épileptique, et le déclare irresponsable, en demandant qu'il soit maintenu dans son asile. Ce sont là les vrais principes, et nous devons être heureux de voir un de nos collègues faire prévaloir des doctrines qui sont les nôtres, dans un pays où la législation est si différente de celle qui nous régit. Nous relevons à ce propos la formule de l'ordonnance qui commet le médecin expert. Ce n'est pas le magistrat qui fait appel aux lumières du médecin, c'est l'inspecteur général du service médical de l'empire qui invite le médecin en chef de l'asile des aliénés de Toptachi, à examiner l'inculpé, et qui le met à sa disposition.

Les nos de la *Gazette médicale d'Orient* que vous avez reçus contiennent encore deux cas très-intéressants de simulation de folie, et une expertise médico-légale au sujet d'un aliéné lypémaniaque, qui plus tard succomba aux progrès d'une paralysie générale soupçonnée déjà par M. Mongeri. Dans tous ces travaux, nous retrouvons la trace de connaissances étendues, le témoignage d'un esprit droit et sûr, et ce qui est pour nous une satisfaction profonde, le respect d'une tradition qui est la nôtre, que M. Mongeri a recueillie chez nous pour en rester toujours le fidèle interprète.

Nous avons l'honneur de vous proposer, Messieurs, d'adresser nos remerciements à M. Mongeri, et de conserver ses travaux dans nos archives.

Des signes physiques dans la folie raisonnante.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la *folie raisonnante*.

M. Billod. — J'ai si peu de mots à dire sur la question soulevée par notre savant collègue M. Jules Falret, que je regrette de m'être fait inscrire pour ce peu de mots comme j'aurais pu le faire pour une communication plus importante. Je le regrette d'autant plus que je n'ai à prendre la parole que pour chercher aux orateurs qui m'ont précédé une querelle de

mots. Mais avant de leur chercher cette querelle, j'éprouve le besoin de m'excuser auprès d'eux, et je tiens à déclarer que la légère critique que je vais me permettre ne m'empêche pas de rendre au mérite de leurs communications l'hommage le plus mérité.

Je ne doute pas d'ailleurs qu'après les quelques considérations dans lesquelles je vais entrer, l'accord ne se fasse entre nous.

La critique que j'annonce porte sur ce titre : *Des signes physiques dans la folie raisonnante.*

Je reconnais, tout d'abord, qu'en disant : des signes physiques *dans la folie raisonnante*, au lieu de dire, *des signes physiques* de la folie raisonnante, on a évité *en partie* le tort de faire de cette forme mentale une entité pathologique ayant comme la paralysie générale, ses symptômes moraux et ses symptômes physiques; mais, j'estime que, même avec cette modification, le titre choisi par M. Jules Falret est défectueux et n'échappe pas tout au moins à une certaine critique. Je vais plus loin et je dis qu'il ne répond pas plus à l'esprit qu'à la lettre de sa communication. Je m'explique; — de ce libellé : des signes physiques dans la folie raisonnante, il semblerait résulter que, dans le cours de la vie de la plupart des maniaques raisonnants, pour ne pas dire de tous, il se produit ou s'observe des lésions physiques auxquelles il serait permis d'attribuer une signification symptomatique spéciale de la manie raisonnante, or je ne pense pas que telle soit, absolument parlant, la pensée de notre collègue.

Je prends pour exemple le cas de Sandon cité par lui. On a trouvé à l'autopsie la trace de plusieurs foyers apoplectiques qui, du vivant de cet individu, ont dû se traduire par divers symptômes et qui ont pu être dissimulés comme l'ont été les foyers trouvés sur les cerveaux de Pinel et de Dupuytren.

Sans doute, il est permis de saisir après coup une corrélation entre ces signes et ces lésions d'une part, et l'état mental de Sandon, d'une autre part; mais de là à faire de ces accidents des *signes*, des *symptômes* spéciaux de la manie raisonnante il y a loin et je ne pense pas que les orateurs qui m'ont précédé aillent jusque-là. Ces accidents n'ont, en effet, rien d'assez spécial; on les observe trop souvent, comme on les a observés chez Pinel et Dupuytren que je citais tout à l'heure, en dehors de toute aliénation mentale, pour que l'on puisse en *faire des expressions symptômatiques d'une forme mentale* quelconque; et ce

que je dis des lésions observées chez Sandon, on peut le dire de la plupart de celles que l'on peut constater chez les maniaques raisonnants.

Il y a sans doute entre ces lésions et la manie raisonnante une corrélation que font ressortir avec raison l'argumentation de M. Jules Falret et après la sienne, celles de MM. Legrand du Saulle et Berthier. Mais il ne me semble pas permis, je le répète, de voir dans ces lésions des signes physiques spéciaux, des symptômes exclusivement propres à la manie raisonnante.

Tout en admettant le fond de l'argumentation de nos collègues, tout en y applaudissant même, je verrais donc avec avantage la substitution du mot *lésions*, à celui de *signes* dans leur titre, qui serait, par suite, libellé ainsi qu'il suit : *Des lésions physiques dans la manie raisonnante*, à moins qu'on ne lui préfère cet autre libellé : *des caractères tirés de l'état physique ou somatique* dans la manie raisonnante.

Ce dernier titre est peut-être même préférable ; car nos collègues n'ont pas eu égard seulement aux lésions physiques qui peuvent se produire dans le cours de la manie raisonnante, mais ils ont fait aussi intervenir dans leur séméiologie générale de cette espèce morbide des caractères tirés de l'état physique, caractères qui ne sont pas tous des lésions physiques survenues intercurremment et qui, étant congénitaux pour la plupart, m'ont semblé correspondre parfaitement aux signes des dégénérescences physiques qu'a si bien décrites notre regretté collègue Morel dans un livre qui constitue, suivant moi, son principal titre de gloire.

Je rappelle à cette occasion qu'en décrivant ces signes de la dégénérescence physique, Morel a eu égard surtout à la folie héréditaire, et qu'il n'en a pas fait l'apanage exclusif de la manie raisonnante. Il est vrai que la manie raisonnante est le plus souvent héréditaire, mais elle ne l'est pas toujours.

M. Falret fait remarquer qu'il a entendu simplement attirer l'attention sur les conditions cliniques que peuvent présenter au point de vue de la symptomatologie physique, les folies raisonnantes et mettre en relief des phénomènes somatiques trop communément relégués au second plan.

M. Billod critique particulièrement la qualification de signes employée par M. Falret pour spécifier ces phénomènes.

M. Falret se défend de la pensée d'avoir présenté ces symptômes comme signes pathognomoniques.

M. Lunier estime que M. Falret, dans sa communication,

a confondu deux séries de faits bien distincts qui sont relatifs les uns à l'état actuel des malades, les autres à leurs antécédents. La description de M. Falret lui paraît, dans une certaine mesure faire double emploi avec l'exposé des prédispositions héréditaires déjà si complétement développées par Morel dans ses travaux.

M. Falret considère la folie raisonnante non comme une entité; mais comme une *variété* dans le groupe des folies héréditaires.

M. Lunier eût désiré alors que l'étude des prédispositions héréditaires dans leurs rapports avec la genèse de la folie raisonnante fût abordée sous un côté plus pratique.

La discussion sur la folie raisonnante continue d'être à l'ordre du jour de la Société.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Dr Collineau.

REVUE DE JOURNAUX DE MÉDECINE.

Mental Science.

4e trimestre 1872.

Analyse par le Dr Dumesnil.

TRAVAUX ORIGINAUX.

1° *Des causes de la folie et des moyens d'en arrêter le développement*, par le Dr sir James Coxe;
2° *De la classification et du pronostic de l'idiotie*, par le Dr W. Ireland;
3° *Sur la proposition d'abolir l'isolement en cellule*, par le Dr T. L. Rogers;
4° *Cas de troubles intellectuels apparaissant chez des malades affectés d'atrophie musculaire progressive*, par le Dr T. W. Mac Dowall.
5° *Allocution à propos de psychologie médicale*, par le Dr H. Maudsley;
6° *Notes du trimestre; revues et nouvelles.*

1° Le discours suivant est l'adresse présidentielle de sir James Coxe, inspecteur des aliénés, président de l'Association médico-psychologique.

Dans un court préambule, l'honorable orateur s'attend à trouver des contradicteurs dans son auditoire. Le lecteur est donc prévenu que certaines parties de ce discours, d'ailleurs fort instructif, sont passibles de nombreuses objections. Nous nous contenterons d'en donner la substance, sans entrer dans des appréciations qui nous entraîneraient trop loin.

En douze ans, de 1859 à 1871, le nombre des aliénés en Angleterre s'est accru de plus d'un tiers. Sir James Coxe recherche les causes de cet accroissement. Est-il apparent ou réel?

La création des asiles a fait connaître un plus grand nombre de malades dont l'admission a grossi la statistique de l'aliéna-

tion. Le chiffre des entrées excédant celui des sorties et des décès, il en est résulté une augmentation de la population des asiles.

En vingt ans, du 1er janvier 1851 au 1er janvier 1871, elle a été de 20,415 malades, soit 1,020 par an. Si l'on veut juger de la proportion suivant les époques, on voit que dans les quatre premières années (1851-1855) l'excédant a été de 4,037, soit 1,009 par an; dans les quatre dernières années il a été un peu plus fort (4,957), c'est-à-dire 1,239 par an.

Les rapports des entrées à la population du pays doivent faire supposer toutefois que l'augmentation des cas de folie n'est pas seulement apparente et imputable à l'accumulation des malades dans les établissements spéciaux. D'après les renseignements fournis par les inspecteurs le nombre des admissions en 1859 a été de 9,278 ou de 47 pour 100,000 habitants; en 1870, il s'est élevé à 11,462, soit 50 pour 100,000 âmes de population.

Il résulte au moins de ces faits que l'établissement de grands asiles n'a pas diminué la proportion des cas de folie.

Il ne faut pas considérer non plus l'encombrement des asiles comme une preuve de l'augmentation des cas d'aliénation mentale. Les asiles s'emplissent en proportion des nombreuses influences qui déterminent plus qu'autrefois certaines familles à se séparer de leurs malades, et il est curieux de voir combien la faculté donnée aux classes indigentes par la loi sur les pauvres, de placer gratuitement des malades gênants ou coûteux, a fait pour cet encombrement. Sur 16,456 malades soignés dans les asiles au 1er janvier 1851, 4,397 étaient au compte de leurs familles, 12,059 étaient indigents; au 1er janvier 1871 les asiles contenaient 36,871 malades, sur ce nombre, 6,062 étaient payants, 30,809 étaient aux frais des paroisses.

Si nous examinons maintenant le rapport des guérisons aux admissions, nous trouvons que de 1859 à 1861 il a été de 33,57 p. 100, tandis que de 1868 à 1870 il a été de 34,08 p. 100.

Ce rapport restant sensiblement le même malgré le nombre croissant des incurables qui aurait dû apporter un élément fâcheux dans la question, il est permis de supposer que l'art médical a obtenu quelque succès.

Notre confrère passe ensuite à l'appréciation de la mortalité, après avoir fait observer combien peu elle est justiciable du contrôle et du traitement médical. Il arrive à ce résultat que le chiffre de la mortalité s'est accru relativement aux entrées.

Il l'explique par un nombre considérable de décès par suite des progrès de l'âge.

En somme, la statistique ne nous satisfait qu'imparfaitement et l'opinion personnelle de sir James Coxe est qu'on doit craindre que la médecine spécialiste n'ait fait des efforts infructueux pour arriver à augmenter le chiffre des guérisons ou diminuer la moyenne de la mortalité.

Quel but veut-on atteindre en construisant pour les aliénés de vastes établissements qu'on agrandit tous les jours? On a cru autrefois que cette innovation allait enrayer le développement de la folie, en guérissant la maladie d'une part, d'autre part en opposant des obstacles à la propagation du mal. Nous venons de voir qu'on s'est trompé.

Sans doute on ne peut refuser d'admettre que bon nombre de malades sortent guéris. Mais est-on bien sûr que le mérite en revienne à l'asile? Oui, répondra-t-on, parce qu'ils y sont traités pendant la période de début. A cela, l'orateur objecte que, pour que les asiles pussent s'attribuer l'honneur de ces guérisons, il faudrait que tous les malades entrés à la première période de leur accès fussent guéris, ce qui n'arrive malheureusement pas.

Sir James Coxe reconnaît néanmoins que les asiles sont une institution indispensable, qui obéit à un véritable besoin de notre époque. Il veut seulement en critiquer l'abus. La séquestration dans un asile n'est pas toujours dans l'intérêt du malade, et tel qui aurait pu guérir dans sa maison, devient incurable à l'asile. L'asile permet de surveiller un malade et facilite son isolement, mais on ne peut lui accorder aucune vertu. Dans la plupart des cas, les lumières des médecins spécialistes pourraient être avantageusement remplacées par une hygiène sévère, le travail et l'exercice au grand air. Une bonne nourriture est le meilleur des sédatifs et l'exercice soutenu le meilleur des hypnotiques.

Et en effet, la folie est surtout le résultat de la débilitation physique. Dans les cas exceptionnels où elle résulte de l'apoplexie, de traumatismes à la tête, tumeurs du cerveau, insolations, elle est incurable à cause des altérations organiques que ces différentes affections ont amenées dans le cerveau. Quand l'aliénation mentale est susceptible de guérison, il est de règle que le système nerveux n'est affecté que secondairement.

Les statistiques officielles (Registrar General) nous apprennent que, depuis quarante ans, la mortalité n'a pas diminué

en Angleterre et dans le pays de Galles, malgré les progrès de la médecine qui arrive bien à une plus exacte connaissance de la maladie, mais demeure impuissante à conjurer ses ravages. Et cependant, il est notoire que la richesse du pays a augmenté dans des proportions énormes. Toutes les classes de la société ont pris leur part de ce bien-être amené par la prospérité commerciale, l'augmentation des revenus, la répartition des beaux dividendes. Contre toute attente, la durée moyenne de la vie ne s'est pas élevée. Il faut en conclure que la richesse ne suffit pas, à elle seule, pour assurer la santé.

On a dit souvent que la folie est une maladie de la vie civilisée, et que le nombre croissant des aliénés s'expliquait par l'activité intellectuelle et morale excessive de notre siècle. On voit, en effet, disent les partisans de cette idée, moins de fous chez les peuplades sauvages. D'après sir James Coxe, cette assertion ne supporte pas l'examen. Ce n'est pas la classe riche et éclairée qui fournit relativement le plus d'aliénés, mais la classe pauvre et ignorante. Certainement le travail cérébral excessif peut conduire à l'aliénation mentale, mais la cause première a été une maladie physique ou des infractions à l'hygiène. La mauvaise conduite, la nourriture insuffisante, une atmosphère viciée, le manque de culture intellectuelle et morale, telles sont les causes qui préparent le prolétaire à l'aliénation mentale. Quand elle atteint les classes élevées, c'est encore les causes matérielles qu'il faut rechercher dans la plupart des cas : habitudes perverses, affections antérieures, hérédité, insolation, etc.

En réalité, il n'est pas de maladie plus rare que la folie chez les individus sains de corps. Cela tient à ce que, de tous les tissus, le tissu nerveux est le moins susceptible d'altération.

Dans ses expériences sur l'inanition, Chossat a trouvé qu'un animal qui meurt de faim subissait dans ses éléments divers les pertes suivantes : Le cerveau et la moelle perdent 0,019 de leur poids total, la graisse 0,933, le sang 0,750, les muscles 0,423, les organes respiratoires 0,222, les os 0,167. On voit par là que le cerveau est l'organe qui a le plus de fixité. C'est aussi celui dont la réparation est le plus rapide.

Il est sans doute sujet à s'altérer. L'âge modifie sa nutrition et amène la démence sénile. Dans le cours de la vie, l'empoisonnement par l'alcool, l'opium, l'infection typhique déterminent des aliénations incurables. Un aussi fâcheux résultat accompagne les altérations du sang par les maladies des reins

la diathèse tuberculeuse. Dans les affections du cœur, dans la grossesse, la folie est causée par la pression artérielle exagérée et certaines qualités spéciales du fluide sanguin. Dans d'autres cas, la maladie mentale paraît due à l'action réflexe, mais le *modus operandi* reste à trouver et nous reconnaissons notre impuissance à résoudre le problème. Il est inaccessible, parce que nous ignorons les fonctions normales du cerveau. La phrénologie a bien essayé de mettre en lumière les conditions de structure et de développement cérébral qui président à l'exercice des diverses facultés mentales, mais les doctrines des phrénologistes attendent encore la sanction de l'anatomie et de la physiologie.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui a été dit plus haut que la folie ne saurait être regardée comme une maladie locale du cerveau, excepté dans quelques cas exceptionnels, mais qu'elle a son origine dans une altération de la santé physique.

Alors même que l'aliénation mentale existe sans altération physique apparente, on modifie le délire, non en essayant de convaincre l'aliéné de son erreur, mais en améliorant sa santé. Sir James Coxe observe à ce propos qu'il n'est pas toujours facile de distinguer une croyance erronée d'une illusion maladive, et qu'une croyance erronée peut provenir, chez un homme sain d'esprit, de l'idée délirante d'un aliéné.

Quand on veut rechercher si un homme a l'esprit sain ou non, on doit tenir compte de son histoire antérieure et de son éducation. Dans certaines circonstances une croyance est une illusion maladive, dans d'autres c'est un dogme religieux. Les chrétiens n'admettent pas les dogmes des mahométans et des Indous, pas plus que ceux-ci n'admettent les dogmes chrétiens, mais si les uns s'avisaient de croire aux dogmes des autres, ils seraient dupes d'une erreur maladive.

Si, par exemple, une femme chrétienne demandait à être brûlée sur un bûcher avec le corps de son mari, ce qui est croyance dans l'Inde deviendrait ici une idée délirante.

L'esprit humain subit pendant la croissance corporelle des impressions, bonnes et mauvaises, qui deviennent ineffaçables. On peut s'expliquer par là que les criminels sont incorrigibles, une fois arrivés à l'âge adulte. Etant données la nature complexe de l'esprit humain et l'indélibilité de l'éducation religieuse, personne ne doutera qu'on no puisse imprimer, en s'y prenant de bonne heure, des modifications profondes et salutaires au développement des aptitudes et des instincts.

L'amélioration de l'état physique est à la fois un moyen curatif et préventif de l'aliénation mentale. Sir James Coxe pense qu'il y a mieux à faire que renfermer les aliénés dans des asiles publics. L'orateur compare les asiles à des prisons douces et les directeurs d'asiles à des gouverneurs de prison. Les asiles et les prisons, ajoute-t-il, sont les antidotes employés par l'État pour neutraliser les effets de sa négligence.

On préviendra le mal en surveillant l'éducation physique et morale des enfants. Les études médicales doivent être l'objet d'un soin tout particulier, et l'on doit y faire une place plus importante à l'histoire du cerveau et du système ganglionnaire, et surtout à ce que l'orateur appelle l'hygiène mentale. Ces notions devront être vulgarisées, car le soin de la santé publique n'incombe pas seulement aux médecins.

C'est la mode aujourd'hui. On dirige le peuple par des décrets et des arrêtés. « Les public-houses devront être fermées à une certaine heure. En Ecosse le travailleur *bona fide* seul a le droit de se rafraîchir au cabaret le dimanche. »

En dépit de ces mesures, les ivrognes se sont multipliés à tel point que la Chambre des communes a dû penser à la fondation d'un établissement affecté spécialement au traitement et à l'amélioration de ces malheureux.

Il serait plus efficace d'employer pour le peuple les moyens qui ont si bien réussi pour les classes élevées, transformées depuis cinquante ans par la culture morale et les jouissances de l'esprit. Ici les chiffres sont éloquents.

Dans toute l'Angleterre, au 1er juin 1871 pour une population de 22,704,108, 6,110 aliénés étaient placés par leurs familles; 50,185 étaient au compte des paroisses. Nul fait ne parle plus énergiquement en faveur de la culture mentale. Les buveurs sont dans la même proportion.

Les médecins s'occupent de rendre la santé aux malades, un petit nombre s'efforce, en imposant des règles à la foule, de prévenir les maladies et cependant nous avons vu que la mortalité ne diminue pas en Angleterre.

La santé publique sera meilleure quand l'éducation des basses classes sera plus soignée, tant au point de vue intellectuel qu'au point de vue moral et physique.

Si le peuple est admis à prendre sa part des jouissances de l'esprit par son initiation aux sciences, aux lettres, aux beaux-arts, il n'éprouvera plus le besoin de chercher des plaisirs plus bas.

En second lieu, il faut remarquer que l'éducation morale du peuple est mal comprise. Il doit apprendre ses devoirs envers Dieu, ses semblables et les animaux. Pour bien l'en pénétrer, il faut lui enseigner autre chose que le catéchisme et les dix commandements, et lui faire aimer les églises en lui faisant entendre des sermons qu'il puisse comprendre.

Enfin, le développement physique de l'homme doit être recherché non par une gymnastique de fantaisie, mais par des pratiques utiles comme le maniement des armes, les exercices militaires.

La conclusion de l'orateur est que la folie n'est pas un mal de civilisation, mais un mal d'ignorance, qui ne saurait se guérir que par un seul moyen : admettre l'homme à la connaissance de sa propre structure et de ses rapports avec le monde physique et moral qui l'entoure.

2° Dans un mémoire lu à la séance trimestrielle de l'association médico-psychologique tenue à Glascow le 19 mai 1871, le Dr Ireland propose une nouvelle classification de l'idiotie. Elle est basée sur les causes qui ont amené la dégénérescence, et présente cet heureux avantage d'éclaircir singulièrement le pronostic de l'affection et sa thérapeutique.

M. Ireland distingue dix variétés d'idiotie.

L'idiotie hydrocéphalique;
— éclamptique;
— épileptique;
— paralytique;
— inflammatoire;
— traumatique;
— microcéphalique;
— congénitale;
— par crétinisme;
— par défaut ou par absence de deux ou un plus grand nombre de sens.

Nous devons dire quelques mots de chacune de ces variétés.

M. Ireland a réuni douze cas d'idiotie hydrocéphalique. La circonférence maxima de la tête a été de 64 centimètres. L'occiput est quelquefois aplati, mais le palais n'est pas voûté comme il est commun de l'observer chez les idiots de naissance. Le toucher est souvent obtus et la surdité n'est pas rare, elle a été notée quatre fois.

A. La tête de l'hydrocéphale peut ne pas excéder les dimensions normales. Dans ce cas le diagnostic ne peut être porté qu'après la mort. Lorsque la maladie s'arrête, le malade a des chances de guérison, sous l'influence d'une éducation bien dirigée. Le pronostic est fâcheux lorsqu'il y a eu des convulsions.

Enfin, l'hydrocéphalie n'est pas incompatible avec l'intégrité des fonctions cérébrales. Monro parle d'un garçon de huit ans qui avait une mémoire parfaite avec un crâne de deux pieds quatre pouces de tour. On connaît aussi l'histoire de Cardinal, qui vécut jusqu'à trente ans. Son crâne contenait huit pintes d'eau; le cerveau était refoulé en bas.

B. Que l'idiotie éclamptique soit le résultat de convulsions de dents (c'est le cas le plus ordinaire) ou immédiatement consécutives à la naissance, elle doit être rapportée à une impressionnabilité individuelle du système nerveux. Les attaques convulsives sont la cause déterminante de l'arrêt du développement cérébral. Aussi, l'éclampsie n'engendre pas forcément l'idiotie, et beaucoup d'enfants, qui n'ont pas cette prédisposition native, peuvent avoir des convulsions qui ne laissent chez eux aucun désordre. M. Ireland a observé treize cas d'idiotie éclamptique. Un des exemples qu'il cite est assez curieux. — Les deux frères étaient idiots par la même cause — une ou deux attaques à chaque nouvelle évolution dentaire; le père et la mère étaient proches parents.

Le pronostic de l'idiotie éclamptique est fâcheux. L'enfant est susceptible d'un certain perfectionnement de ses aptitudes corporelles, mais les fonctions demeurent détruites à un degré plus ou moins marqué.

C. L'idiotie épileptique offrirait, suivant M. Browne, des chances de guérison, à la condition d'agir sur l'affection convulsive qui lui a donné naissance. Tel n'est pas l'avis de M. Ireland, qui pense que l'idiotie n'est pas le résultat de l'épilepsie mais que la coexistence des deux maladies dénote une lésion organique du cerveau et de la moelle qu'on doit considérer comme incurable.

Le docteur Wilbur, directeur de l'école des idiots de New-York, explique l'imperfectibilité des idiots épileptiques par ce fait que l'idiotie s'aggrave à chaque nouvelle attaque. M. Ireland professe la même opinion. Enfin, malgré le cas heureux de Seguin, qui a vu un enfant guérir de l'épilepsie, et d'*idiot* s'élever au rang d'*imbécile*, il persiste dans son pessimisme.

D. L'idiotie paralytique s'observe rarement dans les établissements publics, par la raison que les familles préfèrent garder leurs enfants valétudinaires. Notre confrère en rapporte six cas. Il fait la remarque que les enfants s'améliorent surtout au point de vue intellectuel, de même que chez un hémiplégique le retour de l'intelligence a lieu bien avant la disparition de la paralysie. L'amélioration de ces malades est d'autant plus facile que la sensibilité générale et spéciale a subi moins d'atteintes. — Ils sont en général de mauvaise santé et un grand nombre meurent en bas-âge.

E. Le Dr Ireland a vu seulement quatre cas d'idiotie inflammatoire. Ce nombre est trop faible pour permettre d'établir une loi pronostique. L'idiotie inflammatoire est celle qui résulte de l'inflammation cérébrale consécutive aux fièvres graves (otites et rhinites suppurées). Cette forme d'idiotie est très-rare.

F. Qu'elle soit due à des tentatives d'avortement, ou à des violences exercées sur la tête dans des cas dystociques, l'idiotie traumatique peut correspondre à des lésions très-variées, depuis l'hémorrhagie méningée ou cérébrale, jusqu'à la destruction de la substance grise. Les troubles psychiques ne sont d'ailleurs nullement en rapport avec les désordres produits. La prédisposition héréditaire exerce une grande influence sur la dégénérescence. En effet, certaines tribus de l'Amérique du Sud font subir impunément aux têtes des enfants des déformations horribles. Ne voyons-nous pas tous les jours dans des accouchements laborieux, des enfants avoir la tête affreusement déformée sans que leur avenir intellectuel s'en ressente?

Sir James Simpson a mis en évidence un fait bien intéressant : la mortalité plus considérable des garçons dans la première année de la vie : Elle est causée par la dimension plus grande de leur tête, qui a plus souffert au passage, lors de l'accouchement. Ce fait est confirmé par les observations du professeur Page, cité par Darwin et les docteurs Parre et Stark.

Il est aisé d'en déduire que l'idiotie affectera plus souvent le sexe masculin, et nous voyons en effet, par une statistique du Dr Browne, que sur 2236 idiots et imbéciles il y a 1220 garçons et 1016 filles.

Les nombres donnés par les rapports des asiles d'idiots

d'Ecosse et d'Angleterre montrent partout une prédominance du sexe masculin.

Il en est de même des muets de naissance qui sont, d'après M. Wilde, dans la proportion de 100 garçons pour 73 filles.

Ce paragraphe se termine par l'exemple intéressant d'un idiot microcéphale ayant subi l'extraction par le forceps. — Ce cas paraît à M. Ireland d'origine traumatique. L'accouchement avait eu pour effet d'arrêter la nutrition et le développement du cerveau, et la tête avait gardé la dimension de celle d'un enfant d'un an.

G. Cet exemple sert de transition à la septième série des dégénérescences, celle des idiots microcéphales. — On admet généralement que les hommes bien doués ont des cerveaux lourds, la science ne manque pas de noms illustres pour justifier cette croyance, et nous citerons pour mémoire ceux de Cromwell, Cuvier, Dupuytren, Abercrombie, etc.

Cette règle offre néanmoins de nombreuses exceptions. M. Ireland cite le cas, emprunté au Journal médical d'Edimbourg (mars 1872) d'un idiot dont le cerveau pesait un peu plus que celui d'Abercrombie. L'opinion la plus vraisemblable est celle d'Esquirol : les têtes de la plupart des idiots sans être des têtes de microcéphales, sont de dimension inférieure à la moyenne.

On peut affirmer d'une manière générale que chez les idiots à tête petite, mais à cerveau sain, le pronostic est favorable. Les dégénérés sont susceptibles d'éducation, et leur énergie morale et physique est supérieure à celle des idiots des autres catégories.

H. Dans l'idiotie congénitale, l'élément morbide est antérieur à la naissance. Aussi doit-on, surtout dans cette forme, tenir compte de l'influence héréditaire. La famille de l'idiot de naissance compte des aliénés, des imbéciles, des épileptiques, des sourds... Quelquefois il est le dernier d'une nombreuse famillle, son père et sa mère sont avancés en âge. — Quelquefois il est né avant terme.

Il sera souvent sous le coup d'une maladie constitutionnelle : scrofule, syphilis, rachitisme, et les troubles de la nutrition se remarquent chez lui à un degré plus ou moins fort. Il sera affecté de difformités diverses dont les principales sont la voussure du palais, la mauvaise implantation des dents, surtout en haut, la déformation des ongles et des doigts, le pied-bot, le strabisme... L'idiot congénital est généralement

petit et mal fait. Son état d'infériorité dépend autant de l'insuffisance de sa nutrition que de l'imperfection de son cerveau.

Aussi le retour à la santé est-il le point de départ d'une amélioration intellectuelle remarquable de l'individu. Les idiots de naissance peuvent se diviser en deux classes : 1° ceux dont le développement est demeuré incomplet; 2° ceux dont le développement est maladif.

Pour établir le pronostic, il convient d'apprécier l'état de leurs facul és, et l'ancienne division en faibles d'esprit, imbéciles et idiots, devient ici d'un grand secours. Nous n'insistons pas sur ce point et sur le parti qu'on peut tirer de la distinction de ces différents degrés. Cette étude a été faite longuement dans des ouvrages spéciaux connus de tous.

I. Les idiots par privation de deux sens au moins forment la dernière catégorie de M. Ireland.

Nous y voyons mentionnés : le cas de James Mitchell, sourd et aveugle-né, qui fut opéré de la cataracte et devint susceptible d'éducation; celui de Laura Bridgman, privée de l'ouïe et de la vue et présentant en outre une obtusion du goût et de l'odorat; elle fut éducable par le toucher... Plusieurs enfants privés de la vue et de l'ouïe ont pu apprendre à lire à l'aide des lettres en relief, comme les aveugles.

Mais leur éducation est une tâche ingrate et nécessite chez les élèves une intelligence exceptionnelle. L'abus de ces deux sens constitue un obstacle sérieux à l'amélioration de ces infortunés.

3° Le 31 juillet 1872, à l'assemblée annuelle des médecins, qui a eu lieu à Edimbourg, le docteur Rogers, directeur de l'asile de Rainhill, lit une note en réponse au docteur Wood qui avait demandé récemment, on s'en souvient, la suppression de l'isolement en cellule.

M. Rogers se propose de démontrer : en premier lieu, que l'idée n'est pas nouvelle; ensuite, que les inconvénients du traitement proposé l'emportent sur ses avantages. Il va plus loin, et maintient que l'isolement en cellule, bien employé, est un mode de traitement à la fois scientifique et rationnel dans certaines formes de maladies mentales.

L'idée n'est pas nouvelle. Depuis plusieurs années, l'isole-

(1) Le genre d'idiotie par crétinisme est passé sous silence.

ment en cellule, même la nuit, a été supprimé à l'asile de Fisherton House. A l'époque de la visite de M. Rogers en 1861, il y avait une seule chambre séparée. Elle était occupée par un homme de notre profession. On l'avait construite lorsque l'asile contenait trois cents aliénés criminels, la plupart dangereux et violents.

Il ne faut pas se demander *comment* on doit abolir l'isolement en cellule mais *pourquoi* il doit être aboli.

Assurément, M. Rogers se garde de l'employer quand il peut être nuisible, mais sa conviction est que le traitement par la cellule acquiert une plus grande valeur depuis ces derniers temps.

Il y a nombre d'années, on proposa, ainsi que vient de le faire M. Wood, de remplacer l'isolement dans une loge par l'exercice violent et la marche dans les cas de manie aiguë. Cette idée comptait parmi ses défenseurs un homme éminent dans la spécialité. C'est pourquoi M. Rogers voulut faire un essai consciencieux, mais il n'eut pas lieu d'en être satisfait.

En effet, une pareille pratique ne peut se trouver en concordance qu'avec une théorie purement psychique de la folie. Observons un maniaque à l'état aigu : le pouls est à 100, 120 et plus, la température est au-dessus de 100° (37°8) la langue est sèche, et il présente les autres signes d'épuisement qui indiquent une excitation mentale prolongée. Il ne dort pas, et depuis plusieurs jours ne se nourrit qu'imparfaitement. Qu'un médecin, non aliéniste, ignorant le nom même de la manie, soit appelé auprès de ce malade, il ne lui ordonnera certainement pas l'exercice et la promenade avec un gardien, mais il prescrira le repos au lit et le calme.

La maladie doit être traitée plutôt que les symptômes; cela est vrai, mais M. Rogers pense que les aliénistes ont attaché trop d'importance aux symptômes psychiques.

On a calculé qu'une élévation de 5° au-dessus de la température normale du sang représentait l'effort musculaire capable d'élever le corps à un mille de hauteur.

Les partisans de l'exercice violent, dans la manie aiguë mettent en pratique l'adage : *similia similibus*; mais notre confrère croit plutôt qu'ils appliquent le vieux dicton populaire « brûler la chandelle par les deux bouts ».

L'exercice produit une influence heureuse au déclin des maladies mentales, après l'atténuation des symptômes aigus, mais au début, M. Rogers s'est toujours bien trouvé du repos au

lit, dans une chambre à température égale, et d'une alimentation réglée, en dehors même de tout autre traitement.

Pour les agités, le séjour au lit implique l'isolement dans une cellule, car le malade ne doit pas être maintenu par un ou plusieurs gardiens, dont les efforts et la vue sont pour lui un effet d'irritation incessante. A ceux qui objectent que le malade agité ne reste pas dans son lit et se déshabille, on répond qu'il est toujours facile de lui assurer une température égale dans une chambre capitonnée, assez petite pour que l'exercice permis soit très-restreint.

M. Rogers est tellement satisfait de sa méthode pour le traitement des cas récents de manie, qu'il a fait construire dernièrement plusieurs chambres d'isolement à plancher et parois rembourrés. Une étroite fenêtre, placée hors de la portée du malade, permet de donner du jour quand la fenêtre principale est fermée. Ces chambres sont ventilées et chauffées en hiver. Les prises d'air se font directement dans un préau. L'air passe dans des conduits qui contiennent des boîtes d'eau chaude. Les soupapes d'Arnott l'empêchent de refluer au dehors. L'air expiré s'échappe par une ouverture pratiquée dans le plafond de la pièce.

Le principe de non-isolement oblige à supprimer les cellules la nuit comme dans la journée, et alors les convalescents qui ont besoin de repos souffrent du bruit des agités couchés dans la même salle.

On a allégué que le maniaque avait une somme d'activité à dépenser et que cette activité devait être transformée en travail musculaire. D'après notre confrère, l'excitation maniaque s'entretient par le mouvement.

On voit des enfants impressionnables s'agiter presque jusqu'au délire, sous l'influence de l'animation de leurs jeux. On peut objecter que l'impression morale est seule coupable dans des cas de ce genre, mais il n'en demeure pas moins évident que l'exercice ne les a pas calmés. La grande fatigue musculaire est incompatible avec le sommeil, et l'on peut, dans certains cas aigus, établir une relation entre le traitement musculaire et les décès par épuisement.

M. Rogers cite en faveur de sa doctrine, l'histoire de deux de ses malades. Il les avait traités infructueusement par le système de nulle contrainte, et la mise en cellule les modifia d'une façon remarquable. L'un deux qui avait une blessure grave, put guérir.

Aux succès de M. Wood, M. Rogers pourrait opposer des succès encore plus nombreux, mais de pareilles statistiques restent sans valeur quand elles ne donnent pas l'âge des malades, l'époque du début et le diagnostic de la maladie.

L'isolement en cellule n'est pas seulement un moyen curatif pour les malades agités, mais il est encore d'un grand avantage pour les autres qui n'y sont pas soumis. Dans certains cas de manie périodique, les malades se font remarquer par une violence et un instinct destructeur qui les rendent redoutables; il convient de sauvegarder leurs voisins. A la période menstruelle, certaines femmes présentent un spectacle dégradant qu'il est bon de ne pas imposer à leurs compagnes d'infortune.

M. Rogers admet aussi les punitions dans un asile quand les malades ont la faculté de discernement.

Dans peu de cas il est utile de réduire le régime du malade, et les mesures répressives se limitent à l'administration des médicaments et à l'isolement en cellule.

L'emploi des drogues comme moyen de punition est considéré par notre confrère comme la prostitution de la médecine. Quand un malade incommode les autres, il est préférable et plus juste de l'enfermer dans une loge. Mieux vaut prendre ce parti (sous la responsabilité du directeur, bien entendu) que compter sur la surveillance d'un gardien, si bon qu'il soit. Il a encore l'avantage sur le système des cours isolées, proposé par M. Wood. Ce système nécessite un grand nombre de cours, un beau temps qui permet de s'en servir, et une augmentation du personnel des gardiens.

Ce très-remarquable travail a donné lieu à une intéressante discussion à laquelle ont pris part les docteurs Chrichton-Browne, James Coxe, Lalor, Deas, Stewart, Yellowlees, Tuke, Duncan, Sibbald, etc. Le docteur Wood fait d'abord remarquer que dans son mémoire qui vient d'être critiqué par le docteur Rogers, il n'a pas recommandé l'exercice dans tous les cas. C'est au médecin à juger selon les indications et à doser, pour ainsi dire, comme quand on administre des médicaments. Il est incontestable que dans beaucoup de circonstances l'exercice a les résultats les plus avantageux. Enfin, à propos des obscénités de quelques malades du sexe féminin, il dit qu'on ne peut supposer qu'en parlant d'un asile bien tenu, où les classements ont lieu méthodiquement, une femme en état de

délire puerpéral puisse être placée dans la même pièce à côté d'une jeune fille qui touche à la convalescence.....

Cette discussion a prouvé, comme l'avait supposé le docteur Crichton-Browne, qu'il faudrait d'abord bien définir ce qu'on entend par *seclusion*, et que l'expression est susceptible de plusieurs interprétations.

En définitive, chacun en adoptant les vues générales émises par le docteur Rogers a compris, sans nul doute, comme le dit le docteur Sibbald, qu'en usant de l'isolement on se sert d'un instrument, instrument dont l'usage est fort tentant et qui peut souvent tourner au détriment de l'aliéné. C'est du reste au médecin seul qu'il appartient de considérer chaque cas et de prescrire selon ce qu'il juge préférable.

4° L'atrophie musculaire progressive coexiste, dans tous les cas connus jusqu'à ce jour, avec l'intégrité des fonctions mentales; et Niémeyer insiste sur le spectacle navrant des malades qui « perdent l'usage d'un membre après l'autre, conservent » l'appétit .. . comprennent l'immensité de leur malheur et » savent en mesurer les progrès. » Les deux observations rapportées par M. Mac Dowall, médecin adjoint de l'asile d'Inverness, sont intéressantes parce que l'atrophie musculaire se complique d'aliénation mentale. Dans l'un des cas, l'autopsie a été refusée par la famille, l'autre malade vivait encore au moment de l'observation. L'absence de renseignements anatomo-pathologiques constitue donc une lacune regrettable dans ce travail.

Le premier malade présentait du côté des masses musculaires les particularités suivantes : L'atrophie et la paralysie étaient complètes aux membres supérieurs, qui ne pouvaient se déplacer qu'à l'aide d'un mouvement oscillatoire de la totalité du corps. Les muscles du tronc étaient assez bien conservés, hormis ceux qui s'attachent aux membres supérieurs, et en particulier les pectoraux. Les membres inférieurs étaient indemnes. Il fut en proie dès son entrée (la folie remontait à quatre semaines) à une exaltation maniaque excessive avec idées religieuses et délire des grandeurs. Il fut traité sans succès durable par la teinture de chanvre indien, les injections sous-cutanées de morphine et l'huile de ricin. Il ne tarda pas à tomber en démence sans cesser d'être agité. Vers la fin de la maladie, la déglutition était difficile. Il s'éteignit dans le marasme cinq mois après son entrée.

Le malade qui fait le sujet de la deuxième observation est un lypémaniaque qui a tenté de se suicider. Il croit que sa sœur a voulu l'empoisonner. Cette idée délirante est le seul symptôme mental qui persiste; ses facultés se sont altérées six mois avant son entrée dans l'asile. C'est un homme d'une santé très-affaiblie. Les muscles des extrémités supérieures ont à peu près disparu, le cou lui-même participe à la dégénérescence atrophique. Les membres inférieurs ne sont pas atteints. Il peut se promener, la déglutition et la mastication se font bien. Ce malade, qui est intelligent et instruit, donne des détails intéressants sur le début de l'affection.

Un travail intellectuel excessif et des revers de fortune ont précédé l'invasion de la maladie. Il était homme d'affaires et s'aperçut d'abord qu'en écrivant, l'annulaire droit tombait. L'atrophie musculaire fit des progrès rapides avec cette particularité que le membre supérieur gauche conserva plus longtemps ses fonctions. Il se servait de sa main gauche pour aider les mouvements de la main droite. Quatre mois plus tard il dut renoncer à travailler, ne pouvant plus écrire. Ce ne fut que quatre ans après qu'il montra des idées de persécution et parla de se noyer. Il fut admis à l'asile en 1867 et s'y trouve encore. Il n'a pas abandonné ses idées fausses relatives à sa sœur. A part ce symptôme qui l'a fait classer par notre confrère parmi les monomaniaques, il est doué d'une intelligence remarquable et s'occupe activement aux travaux de l'esprit. Il est souvent affecté de constipation et de courbature, on observe alors une aggravation de l'état mental. Aussi, les laxatifs employés fréquemment, produisent un excellent effet. Depuis son entrée l'atrophie est devenue stationnaire, et la santé générale est meilleure.

5° A l'ouverture des travaux de la section de psychologie de l'Association médicale anglaise, M. Henry Maudsley, président, a prononcé un discours remarquable par sa hardiesse et son énergie, dans lequel il apprécie les progrès accomplis par la psychologie médicale. Il fait d'abord, dans un rapide examen rétrospectif, la critique des idées de nos pères, et montre quelle influence désastreuse elles ont eue sur le traitement des aliénés. Ensuite, après avoir constaté le pas immense fait par notre époque, il se livre, dans la dernière partie de son discours, à l'étude de la psychologie de l'avenir.

Le traitement odieux qu'on faisait subir aux aliénés appar-

tient seulement aux siècles derniers, il est imputable à l'ignorance et à la superstition de l'Europe chrétienne. Dans les temps antiques, la théorie de la nature morbide de la folie était acceptée par les médecins, ainsi que l'attestent les livres d'Hippocrate et le traitement médical institué par le père de la médecine. Asclépiade, qui préconisait l'amour, le vin, la musique, l'exercice, les distractions, paraît être le véritable fondateur du traitement moral de l'aliénation mentale.

Ces idées saines tombèrent dans l'oubli en même temps que le brillant développement intellectuel de la Grèce se perdit dans l'obscurité et la barbarie du moyen âge. La philosophie élevée des anciens fut submergée par les flots de la superstition et de l'ignorance. Plus tard eut lieu la renaissance, mais ses effets ne furent pas heureux. Au lieu d'observer les phénomènes de la nature et de chercher les lois qui les régissent, les philosophes échangeaient les subtilités de scolastique et s'adonnaient à de vaines discussions de scepticisme métaphysique. A cette activité intellectuelle stérile, inspirée par l'enseignement et les pratiques monastiques, correspondait un ascétisme religieux outré, qui faisait mépriser le corps, ce temple de satan, cet ennemi de l'âme. Le corps devait être mortifié, car il était la prison de l'âme qui ne devait aspirer qu'à être délivrée du corps. Avec de pareilles idées sur les rapports du corps et de l'esprit, il était difficile de formuler une saine théorie de la folie. La folie était d'origine surnaturelle, divine ou diabolique. Si le délire avait une forme religieuse et si le malade se livrait à des actes fanatiques, il était entouré de la vénération publique. Mais il arrivait plus souvent que son délire était attribué à la possession du diable ou d'un malin esprit, et la conséquence de la souillure dégradante du péché. Les malheureux aliénés accusés de recéler le diable étaient traités aussi durement qu'on eût traité le diable lui-même si on eût pu le prendre. On a fait aujourd'hui justice de ces erreurs et les mots de magie noire, de sorcellerie, de possession ont disparu de la langue usuelle. Et pourtant, le traitement barbare des aliénés a survécu à la croyance, à la possession, et a seulement été supprimé dans notre siècle.

M. Maudsley trouve l'explication de cette anomalie dans l'influence de la métaphysique, qui s'est prolongée longtemps après que la science de l'induction avait pris racine. Unies par un commun intérêt, la théologie et la métaphysique s'opposèrent aux prétentions de l'esprit d'investigation. Était réputé

sacrilége quiconque osait étudier l'âme par des procédés physiques. Supposer que l'âme céleste, immortelle, était solidaire du corps terrestre, corruptible, c'était honorer ce corps, digne de mépris, d'une élévation profane et injustifiable.

L'esprit de méditation métaphysique n'était pas moins hostile à l'application des moyens physiques à l'étude de la fonction mentale. Lorsque les philosophes se furent dégagés des simples querelles de mots, et qu'ils voulurent observer les phénomènes de l'esprit, ils se bornèrent à l'examen intérieur et crurent pouvoir juger les autres d'après leur propre expérience. Le résultat de leur erreur fut de considérer les aliénés comme capables de discernement. L'aliénation mentale était bien une maladie, mais une maladie qui s'aggravait par la faute du malade.

C'est ainsi que la notion théologique de la folie d'une part, les conceptions erronées des philosophes, d'autre part, contribuèrent à maintenir le traitement barbare dont plusieurs de nous ont été encore témoins.

Enfin l'aliénation mentale est considérée comme une maladie curable par un traitement thérapeutique et moral. Alors seulement on se retrouve au niveau des anciens Grecs, alors seulement nous sommes délivrés des entraves d'une fausse théologie. Mais la victoire n'est pas complète, car l'étude du sens moral et de la volonté nous est encore interdite. Le sens moral, dit M. Maudsley, est la forteresse où se sont retranchés nos ennemis battus. Le médecin psychologue a le devoir d'étudier toutes les fonctions de l'esprit, si élevées qu'elles soient. Abercrombie écrit que les altérations du pouvoir de la conscience ne sont pas du domaine du médecin. Bien loin de penser comme lui, M. Maudsley affirme qu'il n'y a pas de *sanctum sanctorum* en science.

Il importe avant tout de préciser le problème. Le but que cherche le savant n'est pas de définir la nature de la force nerveuse, ni de trouver un rapport entre l'activité des cellules et la sensation de l'idée, mais simplement d'établir la corrélation des phénomènes d'ordre mental, de prouver que certains de ces phénomènes sont subordonnés à des conditions antécédentes. La séric des opérations de l'esprit est immuable comme la gravitation ; or le *pourquoi* de la gravitation est mystérieux comme le *pourquoi* des phénomènes de l'âme. Mais affirmer que la matière est incapable de sentir et de penser serait empiéter sur l'avenir.

Il ne faut pas oublier que l'histoire du progrès de nos connaissances est en grande partie l'histoire de l'inconcevable devenu concevable. L'idée nouvelle a d'ailleurs pour elle des témoignages illustres, et Milton, l'un des plus grands hommes dont s'honore l'Angleterre, a manifestement, dans deux de ses ouvrages (*le Paradis perdu* et le *Traité de la doctrine chrétienne*), affirmé sa croyance à l'enfantement de fonctions intellectuelles par la matière.....

Existe-t-il les mêmes rapports entre le sens moral et le cerveau, qu'entre le cerveau et la pensée? Question grave, pour la solution de laquelle le médecin psychologue a besoin d'être indépendant, et de ne pas subir l'influence d'idées préconçues.

Quand on s'attache à l'observation des criminels en général, on est tout d'abord frappé du peu d'impression que leur laissent les peines qu'on leur inflige. Ils continuent à faire le mal, alors même qu'ils savent n'en tirer aucun profit. Cela tient à ce que la philosophie morale ne peut pénétrer jusqu'aux sources cachées du sentiment et de l'impulsion; sources cachées profondément, car elles résident dans la constitution physique et peut-être dans les antécédents organiques. Certains criminels naissent criminels, comme certains aliénés naissent aliénés.

Ils vivent dans le crime comme les aliénés dans la folie. Cette vérité prend une singulière force par ce fait d'observation, que de l'idiot le plus abject à l'homme supérieur, au sens moral exquis, il y a des dégrés insensibles. Tout en faisant la part des bienfaits de l'éducation, M. Maudsley pense que ces bienfaits sont illusoires dans les cas héréditaires. La philosophie morale a beau tracer des règles au pouvoir de la volonté, ses propositions abstraites ne sont vraies que pour une certaine partie de l'espèce humaine.

Eh bien! s'il est une classe d'individus dépourvus de sens moral, vrais imbéciles moraux, c'est la classe des criminels d'habitude.

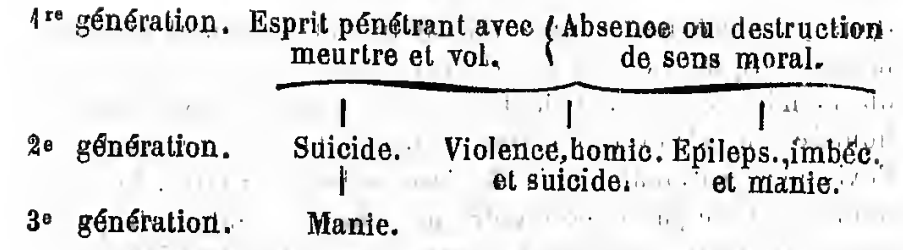
Tous ceux qui les ont observés les ont vus marqués par des caractères de l'ordre physique et mental. Ils ont les attributs de l'idiotie, sont souvent épileptiques, un bon nombre sont imbéciles ou faibles d'esprit. Ils se font remarquer par leurs mauvais instincts, leurs insubordinations; beaucoup sont coutumiers des actes de violence. Ces êtres sont incomplets au point de vue de l'organisation physique et mentale. La défectuosité de leur organisation pèsera sur toute leur vie et amènera

la diminution ou le manque absolu de sens moral. On voit parfois des enfants, appartenant aux meilleures familles, être frappés de cette imbécillité morale. Ils n'aiment personne et ne montrent pas plus de penchant pour le bien que de regret du mal. Ils manifestent de mauvais instincts et sont inéducables. Si alors l'enquête héréditaire est possible, on trouve que ces enfants appartiennent à des familles où domine la folie, ou un nervosisme plus ou moins évident. Il convient d'insister sur ce point important.

Les criminels d'habitude, qui présentent une perversion ou une absence de sens moral, sont dans une grande proportion faibles d'esprit ou épileptiques, ils deviennent aliénés, ou appartiennent à des familles où existe la folie, l'épilepsie ou une autre névrose, et ils meurent de tubercules ou d'une affection du système nerveux. Le crime est donc quelquefois le résultat d'une névrose, dont les rapports avec les autres névroses sont évidents. M. Maudsley appelle cet état le *psychosisme*. C'est le côté mental du *nervosisme*. On ne peut pas plus le modifier qu'on ne peut changer la constitution de l'être, qu'on ne peut altérer la couleur de l'Éthiopien.

De nombreux exemples, pris dans l'histoire des familles, justifient cette manière de voir, et démontrent les rappors que l'hérédité peut établir entre la folie et le crime. Entre autres faits, on peut citer celui de Christiana Edmunds l'empoisonneuse, dont nous avons récemment rapporté l'histoire. On peut conclure de ces faits qu'un homme né dans une famille d'aliénés peut être entièrement privé de sens moral. Il est alors absolument insensible aux relations morales de la vie, de même que certaines personnes sont incapables de voir certaines couleurs.

L'exemple suivant montre nettement la dégradation du type d'une génératon à l'autre. Sous la Terreur, un aubergiste attire des nobles dans sa maison ; l'opinion publique l'accuse de les avoir volés et assassinés. Sa fille se querelle avec lui, le dénonce aux autorités, puis se donne la mort. Un des frères de la jeune fille avait tenté de la tuer avec un couteau, un autre frère s'était pendu, et sa sœur était épileptique, imbécile et violente. Enfin la fille de cette malheureuse devient maniaque et est séquestrée dans un asile. Cette succession de types est bien représentée dans le tableau synoptique suivant.



L'oblitération du sens moral est donc le premier signe de la dégénérescence de la race. Le sens moral est, dit l'orateur, la dernière acquisition du développement dans les progrès de *l'humanisation* et il est le premier à souffrir quand la dégénérescence commence. Lorsque la folie prend naissance *de novo* dans une famille, il se manifeste d'abord une altération de la nature par la destruction du sens moral. — Les médecins qui sont en rapport avec des familles d'aliénés savent tous combien la plupart des parents de malades sont bizarres, d'un caractère difficile, prompts à mal interpréter et à accuser. Cette particularité morale est constitutionnelle, elle marque une variété du tempérament aliéné.

Le sens moral est donc étroitement lié à l'organisation. Il est le produit de l'héritage pour bon nombre de personnes, quoique plusieurs en paraissent dépourvues, il peut se développer par la culture, se pervertir, se perdre. Un des premiers symptômes de la folie, antérieur au délire, est l'altération ou la perte totale du sens moral. Les signes de perversion morale marquent donc le début d'un trouble mental qui peut finir par la destruction de l'intelligence avec destruction visible des cellules nerveuses qui président aux fonctions intellectuelles. Si la fin du processus dépend de l'organisation, ou plutôt de la désorganisation physique, pourquoi le commencement n'en dépendrait-il pas ?

L'influence des attaques d'épilepsie sur le caractère moral, en dehors de toute atteinte à l'intelligence, les modifications imposées au sens moral par la fièvre, les traumatismes, les intoxications par l'alcool ou l'opium, l'onanisme, la castration, sont autant d'arguments irréfutables qui permettent de considérer la conscience comme une fonction de l'organisation.

Le discours de M. Maudsley se termine par des considérations élevées sur l'origine et l'évolution du sens moral. Il a pris naissance chez les premiers hommes du sentiment d'intérêt commun qui fait apprécier à tous le bien et le mal, le juste et l'injuste. Ces notions se sont transmises à travers les généra-

tions par hérédité, comme un sentiment instinctif plus ou moins marqué. Le sens moral s'est développé depuis l'origine du monde, mais avec lenteur. Il a permis aux premiers hommes de s'élever de l'état nomade, de la vie de tribu, à l'existence nationale. Mais là s'est arrêté le progrès. Le sens moral n'existe pas encore entre les nations. Imbus de principes qui n'ont pas changé depuis les temps historiques, les peuples chantent le patriotisme, qui est l'indice d'un sens moral incomplet. La conception par l'esprit humain du cosmopolitisme est le progrès désiré. Il marquera un second pas en avant, comme le passage de l'état nomade à l'état national a marqué le premier.

A la science psychologique appartient l'honneur de marquer cette évolution à travers les âges futurs ; à nous médecins, incombe la tâche d'étudier les diverses névroses, les divers cas de dégénérescence qui font obstacle à la marche progressive de la société humaine.

6o *Les notes du trimestre* donnent le compte rendu d'un *procès pour meurtre* qui s'est terminé par l'acquittement. L'absence de motifs, un accès de manie survenu deux ans auparavant (qui a été pris à l'audience pour une attaque de délirium tremens), les bons antécédents du meurtrier, et, il faut le dire, la chaude protection d'un de ses chefs, telles sont les causes du verdict favorable rendu par les jurés. L'acte a été considéré comme le résultat d'une manie homicide. Il importe de noter dans cette affaire que, dans son résumé, le juge s'est abstenu de poser la question habituelle du discernement au moment du crime.

— La Chambre des communes s'est occupée dernièrement de la *législation sur les ivrognes*. Bien qu'il soit à craindre que ses efforts n'atteignent pas le but désiré, l'enquête à laquelle elle s'est livrée a eu pour résultat de faire entendre le témoignage instructif d'hommes distingués tels que le Dr Mitchell, inspecteur des aliénés en Écosse. Après des détails intéressants qui sont familiers à nos lecteurs sur les trois formes de la folie alcoolique — mania a potu, délirium tremens, dipsomania, — M. Mitchell fait des réflexions très-judicieuses sur l'opportunité d'une législation spéciale pour les ivrognes.

Elle ne saurait s'adresser aux buveurs aliénés, dont la situation est réglée par les lois actuelles, mais seulement aux buveurs d'habitude qui, sans être aliénés, ont perdu plus ou moins le pouvoir de contrôler leurs actes. Des établissements

ad hoc devraient leur être affectés, dans lesquels une abstinence forcée et une hygiène sévère modifieraient ceux qui en sont susceptibles. Le shériff y ordonnerait le placement des buveurs habituels et déterminerait lui-même la durée de leur séquestration.

Il va sans dire que cette durée pourrait être prolongée ou abrégée suivant les indications. Il y aurait des placements d'office et des placements volontaires, ces derniers entraînant l'obligation de demeurer un temps minimum dans l'asile. Enfin il y aurait des pensionnaires payants et d'autres au compte des paroisses.

— La veuve du professeur Griesinger a fait hommage au Mental science de la collection des œuvres de l'éminent aliéniste. La Revue de ce numéro lui consacre un article élogieux où est appréciée l'impulsion donnée par le professeur à la pathologie mentale.

— Le 31 juillet a eu lieu à Édimbourg l'assemblée annuelle de la Société médico-psychologique anglaise.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau traité des maladies mentales, par H. Dagonet, médecin en chef à l'asile Ste-Anne. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1876.

C'est en 1862 que M. Dagonet, alors médecin en chef de l'important asile de Stéphansfeld, et professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, publiait un *Traité pratique des maladies mentales*. Ce livre paraissait à la même époque que celui de Marcé, et peu après celui de Morel : il se distinguait nettement de ces deux ouvrages par ses tendances et son but.

« Tous nos efforts, disait l'auteur dans sa préface, ont eu » pour but d'exposer, d'une manière aussi complète et aussi » exacte que possible, l'état actuel de la science sur l'une des » affections les plus complexes, et sans doute les plus difficiles » à bien étudier. »

Et il ajoutait : « Nous n'avons d'autre but, nous n'ambition- » nons d'autre mérite que celui d'être un narrateur exact, un » historien fidèle. »

C'était donc avant tout un livre élémentaire que l'auteur s'était proposé d'écrire ; comme il le disait lui-même, ce devait être en quelque sorte une nouvelle édition de l'œuvre d'Esquirol, mise au courant de la science, et de laquelle était bannie systématiquement toute controverse sur les points encore en litige, toute excursion dans le champ de l'hypothèse.

Le succès couronna cette tentative. Le livre de M. Dagonet répondait à un besoin réel. Il fallait, à ceux qui ne se consacrent pas exclusivement à l'étude des maladies mentales, un guide assez complet et fidèle, qui leur permît de s'orienter au milieu des questions complexes qui se posent journellement à l'occasion de la folie, et qui, de nos jours, ont acquis une importance de plus en plus grande.

La première édition s'épuisa en quelques années, et aujourd'hui M. Dagonet offre au public médical une deuxième édition de son ouvrage, sous le titre de : *Nouveau Traité des maladies mentales*.

Le plan de cette nouvelle édition ne diffère pas notablement de celui de la première. C'est encore avant tout « à un point

» de vue essentiellement médical et pratique, sur le véritable » terrain de l'observation clinique, » qu'il a été conçu. Mais l'auteur ne s'est pas borné à rééditer son livre, en y ajoutant ce qui a paru de nouveau dans l'intervalle des deux éditions. L'œuvre primitive a été complétement remaniée, des chapitres entiers ont été refondus, une plus large place est laissée aux vues personnelles de l'auteur. De sorte, qu'en réalité, c'est un ouvrage nouveau qui ne se rattache que par l'idée générale au livre primitif.

En 1862 M. Dagonet, en rapport avec un grand nombre de médecins allemands, ami du vénérable Mittermaier, avait accordé une large place aux travaux allemands. On lui en a, paraît-il, fait de graves reproches, car dans sa nouvelle préface il s'en excuse : « Nous partagions, dit-il, un engouement devenu à peu près général ; depuis, nous avons dû revenir à une appréciation plus exacte des faits. »

Hélas ! oui, nous sommes revenus de bien des choses. J'avoue cependant ne pas comprendre ces reproches. La science heureusement n'est d'aucun pays, elle est universelle ; et si les Allemands avaient fait en aliénation mentale des travaux dignes d'être remarqués, je ne vois pas ce que nous gagnerions à les passer sous silence : il faudrait plutôt remercier ceux qui nous les feraient connaître.

Il est vrai qu'il existe, et j'en ai lu, des ouvrages *classiques* de pathologie interne, monuments de la science allemande, dans lesquels on a pu décrire les maladies du cœur et des poumons, sans que le nom de Laennec vînt une seule fois sous la plume du savant pathologiste. En quoi la gloire de Laennec se trouve-t-elle atteinte ? Et quel mérite aurions-nous à user de représailles et à imiter de si puérils tours de force ? Laissons-en le privilége à nos excellents voisins. Ce que M. Dagonet aurait pu dire, c'est que la science mentale est née, a été créée en France, que c'est en France qu'elle a été constamment cultivée avec le plus de succès, — que c'est de la France qu'est partie l'initiative de tous les progrès ; — et, ces réserves faites, il pouvait faire la part des travaux Allemands dont il serait injuste de nier le mérite.

Le *Nouveau Traité des maladies mentales* est divisé en cinq parties : la première est consacrée à la pathologie générale de la folie ; la douxième embrasse la pathologie spéciale ; dans la troisième est étudiée l'étiologie ; la quatrième comprend le traitement ; enfin, la cinquième, due à la plume de Renaudin et

revue par M. Ach. Foville, résume ce qui a trait à l'administration et à l'organisation des asiles d'aliénés.

Une vingtaine de pages, dans lesquelles est esquissée la physiologie pathologique et la pathogénie de l'aliénation mentale, servent d'introduction à l'ouvrage.

Définir la folie est une tâche ardue que nul, jusqu'à ce jour, ne peut se vanter d'avoir remplie d'une manière satisfaisante. M. Dagonet ne l'essaye même pas ; mais, examinant les deux tendances extrêmes représentées dans la science par l'école spiritualiste et l'école matérialiste, il n'a pas de peine à montrer que, si la doctrine spiritualiste est absolument sans fondement, il s'en faut cependant que la doctrine matérialiste suffise à tout expliquer. C'est, qu'en effet, on se heurte ici à une difficulté en apparence insurmontable : on ne peut comprendre que l'intelligence soit atteinte sans qu'il y ait une altération correspondante du cerveau, organe de l'intelligence, — et pourtant il est absolument impossible de retrouver trace de cette lésion dans le cerveau de l'aliéné.

Au fond, la difficulté est plus apparente que réelle. Les différences entre le cerveau de l'aliéné et le cerveau de l'homme raisonnable peuvent être telles que nos moyens d'investigation soient impuissants à les déceler, — pas plus que nous ne pouvons dire en quoi le barreau de fer aimanté diffère du barreau de fer doux. Que savons-nous, en effet, du fonctionnement intime du cerveau ? Rien, ou presque rien. N'y a-t-il pas dans la masse nerveuse des courants qui la sillonnent incessamment en tous sens, qui peuvent être déviés, altérés, sans qu'il reste aucun vestige de ces troubles? Et la folie ne serait-elle pas due précisément à une déviation des courants normaux? — Voilà des hypothèses auxquelles M. Dagonet se garderait bien de donner une place dans son livre. Il est convaincu que l'aliénation mentale a sa raison d'être dans une modification pathologique de l'organe cérébral : « Mais quand même, dit-il avec » raison, il serait possible de démontrer, dans tous les cas de » folie, la preuve anatomique de la lésion cérébrale correspon- » dant à telle ou telle variété d'aliénation, cette preuve n'aurait » en définitive qu'une importance médiocre pour le traite- » ment (p. 22). »

Restant sur le terrain de la clinique, il affirme que l'aliéné n'est pas seulement un homme qui se trompe et que la passion égare, comme le voulait Leuret, mais qu'il y a plus : c'est un *malade* dont l'affection présente un ensemble de phénomènes

morbides qui ont leurs caractères spéciaux. Voilà une conception fondamentale, dont Tardieu a fait ressortir l'importance dans une étude médico-légale sur la folie, et dont le médecin ne doit jamais se départir.

Aussi, quand, quelques pages plus loin (p. 37), M. Dagonet cherche s'il existe une ligne de démarcation entre la raison et la folie, c'est en s'appuyant sur ce principe qu'il y arrive. Entre les idées bizarres, absurdes, qui circulent de par le monde, et les idées fixes de l'aliéné, il n'existe assurément aucune différence. Il n'en faudrait pas conclure que de la raison à la folie, on arrive par une gradation progressive et insensible, de telle façon qu'on puisse dire : « Ici la raison cesse et la folie commence ! » Entre l'homme raisonnable, fût-il infiniment peu raisonnable, et l'aliéné, il y a un abîme, il y a une différence du tout au tout, constituée précisément par un état pathologique complexe, nouveau, auquel seul on peut reconnaître la folie.

Un historique, condensé en quelques pages, ouvre le chapitre consacré à la pathologie générale. Que la folie ait été connue de toute antiquité, qu'il y ait eu des fous dès les âges les plus reculés, c'est ce qui est hors de doute. Mais il faut convenir que l'histoire médicale de la folie n'est que d'hier, qu'elle ne date que du jour où Pinel inaugura sa réforme. L'assistance aux aliénés est d'origine toute contemporaine ; et nos asiles d'aliénés ne sauraient être comparés, en aucune façon, aux lieux de réclusion, aux renfermeries, dans lesquels avant le XIX^e^ siècle on enchaînait les fous dangereux ou incommodes.

M. Dagonet ne cite, qu'en passant, les épidémies de folie si fréquentes au moyen âge : j'aurais aimé qu'il s'y arrêtât, et qu'il cherchât à démêler les conditions générales de leur explosion. Il y avait là un intérêt tout actuel. N'y avait-il pas un rapprochement à faire entre ces délires épidémiques sévissant sur toute une population, et cette étrange situation mentale qui, hier, au lendemain d'un siége vaillamment supporté, s'emparait d'une ville de deux millions d'âmes, et rendait possible la plus épouvantable catastrophe dont l'histoire ait gardé le souvenir ?

Dans la symptomatologie, M. Dagonet, avec une méthode excellente, commence par étudier séparément chacun des symptômes, moraux ou physiques, que l'on observe chez les aliénés. Le *délire* appelle tout d'abord son attention, et l'auteur en ad-

met trois variétés : 1° le délire de l'aliénation mentale ; 2° le délire fébrile ; 3° le délire toxique.

Cette division est basée sur l'étiologie même du délire, et, en adoptant cette base, il était facile de multiplier les espèces. Y a-t-il d'ailleurs entre ces variétés une différence fondamentale ? Il serait difficile de l'admettre, et M. Dagonet lui-même conclut en disant que « ces diverses espèces de délire diffèrent » surtout par leur courte durée, de l'aliénation mentale pro- » prement dite. » Je crois qu'il aurait pu être plus catégorique, et affirmer que le délire, quel qu'il soit, offre toujours identiquement les mêmes caractères essentiels. Existe-t-il seul, il constitue l'aliénation mentale ; s'il accompagne une autre affection, il n'a qu'une valeur secondaire, il n'est qu'un symptôme accessoire.

Je ne saurais suivre l'auteur, pas à pas, dans la description qu'il fait successivement de chacun des symptômes. A chaque page on reconnaît le clinicien consommé, l'observateur patient et sagace, réservé dans ses déductions, qui semble avoir pris pour devise : « *Scribo ad narrandum, non ad probandum,* » et qui, chaque fois que le terrain n'est pas sûr, s'arrête prudemment. Des théories, des hypothèses, il n'en faut pas chercher dans ce livre ; les faits d'observation clinique, au contraire, y sont relatés avec profusion ; et c'est là ce qui fait le rare mérite de l'ouvrage, et ce qui lui assigne sa place dans la bibliothèque de tout médecin.

Je me permettrai cependant de faire encore quelques courtes réflexions. M. Dagonet est, en fait de classification, un partisan ancien et convaincu d'Esquirol ; aussi, dans son premier livre, s'était-il borné à admettre la classification d'Esquirol. Il lui reste encore fidèle aujourd'hui, quoiqu'il la modifie en quelques parties. Je crois que M. Dagonet est dans le vrai ; je suis persuadé, comme lui, que dans l'état actuel de la science, il n'y a qu'un seul mode de classement possible : celui qui repose sur la symptomatologie. Que ce système soit imparfait, nul ne le conteste, et M. Dagonet le reconnaît lui-même. Mais par quoi le remplacer ? Qu'a-t-il servi de faire des classifications basées sur l'étiologie (Morel), sur l'anatomie pathologique (Parchappe), etc. ? Il a toujours fallu, en fin de compte, en revenir au système d'Esquirol.

M. Dagonet admet des formes principales : ce sont la manie, la lypémanie, la stupidité, la mégalomanie, la folie impulsive, la paralysie générale, la démence, l'imbécillité, l'idiotie et le

crétinisme; et des formes secondaires, parmi lesquelles il range les folies puerpérale, syphilitique, pellagreuse, épileptique, hystérique, choréique, alcoolique.

Je serais entraîné hors des bornes de cet article si je voulais reprendre, par le menu, chacune des espèces que M. Dagonet adopte. Mais pourquoi ranger, dans la folie, des affections congéniales telles que l'imbécillité, le crétinisme? Je les regarderais plus volontiers comme complétement étrangères à la folie. Qu'un imbécile devienne maniaque ou lypémaniaque, nous l'observons tous les jours; mais l'imbécillité elle-même, c'est à-dire le développement incomplet de l'intelligence, en quoi ressemble-t-elle à la folie? Il est vrai que M. Dagonet n'a fait que suivre les traditions, et je suis loin de l'en blâmer, puisqu'il en est résulté quelques excellents chapitres de plus. A tout prendre d'ailleurs, la démence elle-même n'est pas une forme de folie : elle ne mérite d'y être comprise que parce qu'elle en est une terminaison fréquente.

M. Dagonet fait une espèce particulière de la stupidité, que Georget déjà avait isolée, mais il la place près de la lypémanie. J'aurais mieux aimé la voir à côté de la paralysie générale; car dans la stupidité, le caractère constant, invariable, c'est l'abolition des fonctions de relation; les troubles intellectuels au contraire varient beaucoup : c'est tantôt un délire hallucinatoire, tantôt un trouble plus ou moins profond des fonctions intellectuelles.

M. Dagonet n'aborde, qu'avec la plus grande réserve, certaines questions encore actuellement controversées. Pour la *manie raisonnante*, il ne s'écarte guère de ce qu'en a dit Pinel. Pour *l'épilepsie larvée*, sur laquelle, depuis Morel, on a tant écrit, il reste également dans une prudente réserve. La *manie congestive*, qui ne se distingue en définitive de la paralysie générale que parce qu'elle guérit rapidement, il l'attribue à l'action de l'alcoolisme ; n'est-ce pas être trop exclusif? L'identité des symptômes entre la manie congestive et la paralysie générale me ferait volontiers admettre l'identité de nature, et je ne serais pas éloigné de penser que la manie congestive n'est qu'une paralysie générale avortée.

M. Dagonet me pardonnera d'oser ainsi émettre, à propos de son livre, quelques opinions personnelles ; j'aurais voulu lui voir donner la solution de ces problèmes si intéressants, et j'eusse été heureux de trouver mes opinions confirmées ou rectifiées par un maître aussi expérimenté.

Tel qu'il est conçu, le *Nouveau Traité des maladies mentales* est un livre précieux, indispensable je le répète, à quiconque s'occupe des maladies mentales. On peut prédire à l'auteur un succès encore plus marqué que la première fois, et ce ne sera que justice. Le livre a d'ailleurs tout ce qu'il faut pour plaire : il est imprimé avec élégance, et cartonné avec le plus grand soin. Une innovation, qui a une grande valeur, c'est la reproduction par la photoglyptie des types des principales formes d'aliénation. Ces portraits sont extrêmement remarquables, et montrent tout le parti que l'on peut tirer de la photographie, que M. Dagonet a d'ailleurs été l'un des premiers à introduire à l'asile de Stéphansfeld.

Dr CHRISTIAN.

Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale, par les docteurs Henri Bonnet et Poincaré. Deuxième édition. 1 vol. in-8°. Paris. G. Masson, éditeur, 1876.

Nos lecteurs connaissent déjà ce travail, publié dans les *Annales médico-psychologiques* en 1868. Cette deuxième édition a été augmentée de considérations nouvelles, de plusieurs observations et planches inédites, destinées à apporter des preuves plus confirmatives de la théorie des auteurs sur la nature de la paralysie générale. Nous ne ferons donc pas une analyse détaillée de ce volume et nous rappellerons seulement les résultats obtenus par MM. Bonnet et Poincaré.

Ces savants, partant de l'idée qu'il faut rechercher la pathogénie de la paralysie générale dans des perturbations de la circulation générale et en particulier de celle de l'encéphale, se sont appliqués à l'étude des altérations des ganglions du grand sympathique. Une observation attentive, souvent répétée, leur a, en effet, permis de constater dans ces derniers des lésions beaucoup plus constantes et beaucoup plus avancées que partout ailleurs ; en outre, ces altérations seraient toujours plus considérables dans les ganglions qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vaso-motrice des lobes cérébraux.

La lésion de ces ganglions du grand sympathique a pour caractère la sclérose de leur tissu, c'est-à-dire la substitution de tissu cellulaire et de cellules adipeuses aux cellules nerveuses qui s'y montrent relativement très-rares. Les cellules adipeuses qui se sont substituées aux cellules nerveuses dans les ganglions offrent très-fréquemment une coloration foncée

qui peut aller jusqu'à la teinte noire. « Tout nous porte à » penser, concluent MM. Bonnet et Poincaré, que là se trouve » le point de départ anatomique de l'affection, et que les alté- » rations de l'encéphale ne sont que la conséquence des troubles » qu'entraîne dans la circulation cérébrale cette sclérose à » effet paralytique des ganglions cervicaux. » Et plus loin ils ajoutent : « Toutes les altérations que nous venons de décrire » entraînent des troubles de nutrition dans la plupart des » organes, troubles qui aboutissent à la dégénérescence grais- » seuse ou à d'autres modifications de leurs éléments et se » traduisent physiologiquement, par l'ataxie d'abord et ensuite » par l'affaissement de toutes les fonctions de la vie de rela- » tion et de la vie végétative. »

Quelles que soient les objections que soulèvent ces conclusions, elles méritent néanmoins d'être prises en sérieuse considération dans les débats, non encore fermés, sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de la paralysie générale.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales suivi de considérations pratiques sur l'administration des asiles d'aliénés; par M. le Dr Dagonet; Paris 1876; chez J. B. Baillière; vol. in-8° de 732 p.

— The physiology of Mind; par le Dr Henry Maudsley; 3e édit., London, 1876; vol. in-12° de 546 p.

— Asile d'aliénés de La Roche-Gandon; exercice 1875; compte rendu moral, administratif et rapport médical; par M. le Dr Henry Bonnet; vol. in-8° de 150 p.

— Annual report of the Trustees and Superintendent of state Lunatic Asylum of Pensylvania, année 1875; br. in-8° de 50 p.

— Die Privatheilanstalt für Gemüths und Nervenkranke zu Ober-döbling in Wien seit ihrer Gründung (1819); Vienne 1876; br. in-8° de 104 p.

— Considerations of the cures in insanity; par le Dr George H. Savage; 1876; br. in-8° de 60 p.

— Lettre sur l'enseignement clinique des maladies mentales; par M. le Dr A. Motet, Paris, 1876, br. in-8° de 14 p.

— Contribuzione all'uso terapeutico del nitrito d'amile ; par M. le Dr Flaminio Tassi; Sienne 1876; br. in-8° de 20 p.

— Differenze nelle manifestazioni sintomatiche dell' emorragia cerebrale ; par M. le Dr Luigi Carpani ; Florence 1876; br. in-8° de 12 p.

— Uebersicht der offentlichen und privaten Irren-und-Idioten Anstalten in Deutschland und Oesterreich ; par M. le Dr Albrecht Erlenmeyer; Leipzig 1876; br. in-8° de 180 p.

THÈSES DE PARIS (1875).

(Suite et fin.)

372. Le Mat. Des troubles psychiques qui peuvent se présenter dans le cours de la phthisie pulmonaire chronique.

374. Vialle. Sur les paralysies syphilitiques.

384. Felboen. Considérations sur la nature et le traitement des paralysies consécutives au croup.

394. Marfaing. De l'alcoolisme considéré dans ses rapports avec l'aliénation mentale.

399. De Valicourt. Etude clinique sur les hémiplégies observées dans le cours des pleurésies.

420. Mercier. De la syphilis cérébrale tertiaire avec accidents comateux.

427. Hugues. Des accidents cérébro-spinaux au début de la fièvre typhoïde.

452. Polin. Etude critique sur la physiologie du sommeil, avec ses principaux rapports avec le sommeil provoqué.

460. Bouchard. Etude sur les troubles viscéraux de l'ataxie locomotrice progressive.

Année 1876.

9. Laprée. De quelques formes insolites de délire dans les périodes de début de la paralysie générale.

65. Desbrosses. De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique.

70. Douart. De la chorée rhumatismale.

86. Alleaume. Etude clinique sur le refus des aliments chez les aliénés.

100. Pierret. Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis.

101. Landouzy. Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 9 mai 1876.* — M. le Dr Sizaret, médecin en chef de la section des femmes à l'asile de Maréville, est promu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 14 mai 1876.* — MM. Malevergue, directeur et Donnet, médecin en chef de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) sont promus à la 5e classe de leur grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du 19 mai 1876.* — M. le Dr Langlois, médecin adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la 2e classe de son grade 2,500 fr.).

— *Arrêté du 9 juin.* — M. le Dr Espiau de Lamaestre, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.)

— *Arrêté du 25 juin.* — M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, est promu à la 4e classe de son grade (4,000 fr.)

— *Arrêté du 10 juillet.* — M. le Dr Pontier, directeur-médecin de l'Asile d'Aix, est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

— *Arrêté du 14 juillet.* — M. le Dr Bigot, directeur-médecin de l'asile de Bonneval, est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.)

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Apollinaire-Joseph Planque, médecin en chef de l'asile privé de Lommelet (Nord), décédé le 1er juin dernier à l'âge de 38 ans. M. le Dr Planque, attaché à l'asile de Lommelet depuis le 19 septembre 1868, remplissait ses fonctions avec beaucoup d'intelligence et de dévouement, et avait organisé d'une façon très-satisfaisante le service médical de cet important établissement.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Dans la séance du 27 mars 1876, M. le Dr Ritti a été nommé membre titulaire de la Société.

CIRCULAIRE RELATIVE AUX CONDAMNÉS DEVENUS ALIÉNÉS.

Paris, le 8 juin 1876.

Monsieur le Préfet, par suite de la création, dans la maison centrale de Gaillon, d'un quartier spécialement affecté aux hommes condamnés à plus d'un an, frappés d'aliénation mentale ou d'épilepsie, il y aura lieu, désormais, de diriger, de préférence, sur ce quartier, les condamnés de ces deux catégories, autres que ceux qui sont simplement atteints de démence sénile, dont le séjour ou le maintien dans les maisons centrales serait de nature à présenter des dangers sérieux pour l'ordre et la discipline.

En conséquence, et toutes les fois qu'un cas d'aliénation mentale ou d'épilepsie rentrant dans la catégorie que je viens de déterminer, se produira dans un des établissements pénitentiaires de votre département, chez un individu qui, par la nature de sa peine, appartient à la population réglementaire des maisons centrales, le directeur devra m'en informer immédiatement, par votre entremise, et m'adresser, en même temps, un rapport médical contenant des indications détaillées et précises sur la marche et le caractère de la maladie, conformément au cadre annexé à la circulaire d'ensemble du 20 mars 1869.

Au vu de ces renseignements auxquels seront jointes des propositions motivées, je déciderai, suivant le nombre de places disponibles dans le quartier de Gaillon, s'il y a lieu d'ordonner le transfèrement du détenu dans ce quartier ou si je dois vous laisser le soin de pourvoir à son placement.

Dans le cas d'extrême urgence, intéressant la sûreté des personnes ou des établissements et où il y aurait péril à attendre ma décision, vous pourrez, seulement à charge de m'en rendre compte sans délai, ordonner le placement d'un malade dans l'asile le plus voisin, en vous conformant aux instructions contenues dans les circulaires des 7 décembre 1864 et 8 novembre 1865.

Je transmets des exemplaires de la présente circulaire aux directeurs des établissements pénitentiaires situés dans votre département.

Recevez, monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération très-distinguée,

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur de l'Administration pénitentiaire,

CHOPPIN.

VOL; CHOSE D'AUTRUI REMISE PAR UN IDIOT; RESPONSABILITÉ DE CELUI QUI LA REÇOIT.

La remise inconsciente par un idiot d'un objet déterminé ne doit pas être assimilée, au point de vue pénal, à la remise volontaire, même par erreur, de cet objet, par une personne ayant conscience de ses actes.

Par suite, celui qui s'est approprié l'objet, par exemple une pièce de 20 fr. remise par un idiot au lieu d'une pièce de

5 centimes qui devait lui être rendue, commet, en réalité, une appréhension de la chose d'autrui et se rend coupable du délit de vol prévu par l'art. 379 du code pénal.

Arrêt de la Cour de cassation cassant un arrêt de la Cour de Limoges rendu en sens contraire.

(*Journal officiel* du 24 mai 1876).

JURISPRUDENCE ADMINISTRATIVE.

Répartition des crédits inscrits au budget pour secours à titre individuel. — Secours à domicile. — Secours aux épileptiques indigents.

La distribution en appartient exclusivement au préfet. Le conseil général excéderait ses pouvoirs en s'en réservant la répartition (1).

(Décret du 20 novembre 1875 annulant une délibération du conseil général du Rhône).

Le Président de la République française,

Sur le rapport du vice-président du Conseil, Ministre de l'intérieur;

Vu la loi du 10 août 1871 et notamment les articles 3, 33, 46, § 20; 47 et 81;

Vu la délibération en date du 1er septembre 1875, par laquelle le Conseil général du département du Rhône a décidé que, sur des listes dressées et proposées par l'administration, le conseil général ferait lui-même la répartition : 1° d'un crédit inscrit au budget départemental pour assurer le fonctionnement d'une institution départementale d'assistance à domicile: 2° de la partie du crédit inscrit au budget départemental pour le traitement des indigents épileptiques qui ne serait pas payé directement aux établissements hospitaliers;

Vu le pourvoi formé contre cette délibération et les accusés de réception constatant que ledit recours a été régulièrement notifié;

En ce qui concerne le crédit destiné à assurer le fonctionnement d'une institution départementale d'assistance à domicile;

Considérant que, si l'article 46, § 20, de la loi du 10 août 1871 a conféré aux conseils généraux le droit de statuer sur la création d'institutions départementales d'assistance, cette disposition ne concerne que la fondation même de ces institutions et ne saurait autoriser les conseils généraux à en prendre en main l'administration ou à distribuer des crédits en secours individuels;

Qu'en conséquence, le conseil général, en se réservant le droit d'accorder aux indigents des secours sur ce crédit, a fait une fausse application de la loi et excédé la limite de ses pouvoirs;

(1) Voir décret du 15 janvier 1875, *Bulletin officiel du ministère de l'intérieur*, pages 174 et 176.

En ce qui concerne la portion du crédit ouvert au budget départemental pour le traitement des épileptiques indigents qui serait distribuée en secours individuels aux malades non reçus dans les établissements hospitaliers ;

Considérant que si le Conseil général du Rhône avait le droit d'inscrire ou de ne pas inscrire au budget départemental un crédit destiné au soulagement et au traitement des indigents épileptiques, la répartition du crédit voté entre les intéressés est un acte qui, par sa nature, rentre exclusivement dans les attributions de l'autorité exécutive, laquelle est confiée au préfet par l'article 3 de la loi du 10 août 1871 ;

Qu'en conséquence, le Conseil général du Rhône, en se réservant la distribution de ce crédit, a fait une fausse application de la loi et excédé la limite de ses pouvoirs ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. Est annulée la délibération ci-dessus visée, du 1er septembre 1875, par laquelle le Conseil général du département du Rhône a déclaré se réserver la distribution : 1° d'un crédit destiné à assurer le fonctionnement d'une institution départementale d'assistance à domicile ; 2° de la portion du crédit inscrit au budget pour le traitement des épileptiques indigents qui serait distribuée en secours individuels aux malades non reçus dans les établissements hospitaliers.

Art. 2. Le vice-président, etc.

Fait à Versailles, le 20 novembre 1875.

LA DÉPENSE DES ALIÉNÉS EST OBLIGATOIRE POUR LES COMMUNES.

Le Conseil d'Etat,

Considérant qu'aux termes de l'article 28, § 1er de la loi du 30 juin 1838 et de l'article 46, § 19, de la loi du 10 août 1871, les communes sont tenues de concourir à l'entretien de leurs aliénés indigents, et qu'il appartient au conseil général de déterminer les bases de ce concours ; que suivant le § 2 de l'article 28 précité de la loi du 30 juin 1838, les hospices sont tenus vis-à-vis du département à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont l'entretien était à leur charge et que le § 3 dudit article 28, dispose « qu'en cas de contestation il sera statué en conseil de préfecture. »

Considérant qu'il résulte des lois précitées que le contingent de la ville d'Angers dans la dépense de ses aliénés indigents à l'asile départemental, calculé d'après les bases fixées par le conseil général, constitue une dépense obligatoire pour la ville ; qu'en inscrivant d'office cette dépense ainsi établie au budget d'Angers pour 1872, le préfet est resté dans la limite des pouvoirs qu'il tient de l'article 39 de la loi du 18 juillet 1837 ;

Considérant, d'ailleurs, que cette décision ne fait pas obstacle à ce que la ville fasse valoir devant le juge compétent, les droits qui pourraient résulter pour elle de l'obligation où auraient été,

suivant elle, les anciens hospices, de recevoir exclusivement les aliénés indigents de la commune d'Angers.

Arrête :

La requête..... est rejetée. (Arrêt du 15 mai 1874).

FAITS DIVERS.

SUICIDE EN ANGLETERRE. — Le rapport annuel pour l'Angleterre et le pays de Galles montre une augmentation considérable dans le nombre des suicides. Ce chiffre, qui était en 1858, de 1,275, s'est élevé en 1874 à 1,592. Sur ce nombre, on compte 1,204 hommes et 388 femmes. La mort reconnaissait les causes suivantes : pendaison, 597; blessures par instruments tranchants, 340; asphyxie par submersion, 280; empoisonnement, 149; blessures par armes à feu, 93; causes non définies, 133. Il est à remarquer que les suicides sont beaucoup plus nombreux dans les classes supérieures et instruites que dans les classes pauvres et ignorantes.

(*Gaz. hebdomadaire* du 30 juin 1876).

Un fou furieux. — Mardi dernier, vers six heures et demie du soir, Trouville a été fortement impressionnée par un scandale, produit par un des tailleurs de notre localité, le sieur D... , rue de la Mer. Atteint tout à coup d'une folie furieuse, ce malheureux s'est introduit dans l'église de Bon-Secours, et là, montant en chaire avant la prière, a jeté un banc sur la tête des assistants. Personne n'a été blessé, mais la panique était grande.

L'église a été évacuée de suite. L'agent de police qui survint se vit appréhendé vivement par le sieur D..., qui lui jeta à la tête tout ce qu'il trouvait sous sa main. Enfin, on put s'en rendre maître dans la rue Saint-Michel, et il fut conduit à la mairie où on l'enferma. Là il chercha à se pendre et on eut beaucoup de peine à l'en empêcher.

Enfin, vers neuf heures, il fut dirigé sur Caen et solidement attaché et déposé à l'hospice du Bon-Sauveur. Le sieur D... est marié, père de trois enfants. On pense que le mauvais état de ses affaires a pu provoquer cet accès de démence (*Courrier de France* du 25 mars 1876).

Folie et suicide. — On se rappelle la mystérieuse disparition de M. Houel, administrateur de la Compagnie de Fives-Lille. Parti de son domicile dans la nuit du 23 au 24 février, M. Houel n'avait plus reparu, et l'on était dans la plus vive inquiétude à son sujet.

M. Houel, en effet, donnait, depuis trois mois, des signes de trouble d'esprit et, à plusieurs reprises, il avait manifesté l'intention de se jeter à la Seine. Le jour de sa disparition on l'avait vu — lui qui n'avait jamais touché une arme à feu — sortir un revolver de sa poche et en faire deux ou trois fois jouer la batterie.

Les recherches faites depuis un mois par sa famille n'avaient

eu aucun résultat, lorsque hier matin, à Asnières, des mariniers aperçurent un cadavre qui flottait au fil de l'eau ; ils le repêchèrent immédiatement. C'était celui de M. Houel. Malgré un séjour prolongé dans l'eau, le corps était encore parfaitement reconnaissable.

Vers trois heures, son fils, averti, est allé réclamer à la Morgue cette dépouille qui avait été déposée dans la salle réservée aux cadavres reconnus (*Courrier de France* du 12 avril 1876).

Monomanie homicide. — Hier, vers minuit, rue de Flandre, une femme, les traits bouleversés, les vêtements en désordre, paraissant en proie à la plus grande agitation, abordait deux gardiens de la paix en leur disant que son mari venait d'être atteint subitement de manie homicide, et qu'il proférait des propos incohérents mêlés de menaces de mort. De plus, il s'était armé d'un couteau de cuisine, et avait voulu la tuer. Elle était parvenue à se sauver et l'avait enfermé.

Les agents montèrent avec elle et cherchèrent vainement son mari dans le logement situé au cinquième étage. On finit par reconnaître qu'il avait passé par une lucarne, et qu'il avait gagné les toits par un chemin à peu près impraticable et excessivement dangereux. Comme on avisait aux moyens de le rejoindre, on entendit le bruit de la chute d'un corps lourd.

Le malheureux fou venait de glisser sur les ardoises, et il était tombé sur le faîte d'un petit bâtiment élevé au milieu de la cour. C'est là qu'on a retrouvé son cadavre horriblement mutilé (*Courrier de France* du 12 avril 1876).

COURS SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES.

M. le Dr Ball, agrégé de la Faculté, a commencé la seconde partie de son cours sur les maladies mentales et nerveuses, le lundi 29 mai, à 8 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'école de médecine et le continue tous les lundis et jeudis à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris.— Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PSYCHOLOGIE.

DU

ROLE DE LA PSYCHOLOGIE

DANS LA QUESTION DE LA FOLIE

Par le Dr P. DESPINE
(de Marseille).

Le terrain de la psychologie paraissant délaissé par les médecins aliénistes, à cause d'un malentendu qui le leur fait considérer comme suspect, je me propose de démontrer que dans la question de la folie la psychologie et la pathologie sont toutes deux intéressées, et que la première de ces sciences, loin de porter atteinte aux droits légitimes de la deuxième, ne peut que lui prêter un appui favorable.

Il n'est pas permis de douter que les facultés dites psychiques ne soient manifestées par le cerveau, et seulement par le cerveau, et que la manière dont ces facultés fonctionnent ne dépende du mode d'activité de cet organe. C'est avec un cerveau dont l'activité est normale que l'homme peut pen-

ser, vouloir, agir raisonnablement et librement, c'est aussi par une activité cérébrale incomplète ou anormale qu'il pense, qu'il veut, qu'il agit contrairement au bon sens, à la raison. De ces principes il découle que la folie est un effet de l'activité anormale du cerveau, provenant ou d'une maladie ou d'une infirmité de cet organe, et que partout où il y a folie, il y a comme antécédent indispensable : activité anormale du cerveau. Il ne faudrait pas cependant déduire de là que la psychologie n'a rien à voir dans la question de la folie, cette science y joue un rôle spécial, et, quelque limité qu'il soit, il n'en a pas moins son importance. Nous allons nous en apercevoir de suite.

La définition de la folie donnée par Esquirol : — Une affection cérébrale ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par les désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, — pour n'être pas erronée, devrait subir l'inversion suivante. La folie consiste dans les désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, déterminés par une affection cérébrale, etc.

Que désigne-t-on en effet par le nom de folie?

Est-ce la maladie du cerveau qui donne lieu aux désordres intellectuels et moraux, sont-ce les phénomènes somatiques qui accompagnent ces désordres? Non, ce sont ces désordres psychiques eux-mêmes. La folie est donc, non pas la maladie cérébrale, mais l'effet, le symptôme de cette maladie que fournissent les facultés psychiques altérées ; et, comme ce symptôme est constitué par un ordre de phénomènes qui ne sont point organiques, lorsqu'on veut définir la folie, il faut chercher sa définition, non dans le phénomène organique qui produit la folie, mais dans le phénomène psychique anormal lui-même. Et, en réalité, il n'y a pas de maladie cérébrale qui s'appelle folie. C'est l'anatomie pathologique qui caractérise les maladies du cerveau de même que les maladies des autres organes. Or l'anatomie pathologique nous dit que les maladies cérébrales sont des

congestions, des foyers apoplectiques de toute dimension, des tumeurs de diverses natures, des inflammations, des ramollissements, des infiltrations, des indurations, des atrophies, des dégénérescences de plusieurs espèces; mais ces altérations ne sont pas elles-mêmes la folie. Celle-ci réside si bien dans les manifestations psychiques anormales déterminées par les maladies du cerveau et non dans ces maladies elles-mêmes, que le malade atteint de quelqu'une de ces altérations peut, dans des rémissions dont la durée est plus ou moins longue, être parfaitement raisonnable. Le symptôme, c'est-à-dire la folie, a momentanément cessé; mais la maladie n'a pas disparu pour cela. De même, un individu sujet aux convulsions reste malade de quelque partie de l'axe cérébro-spinal lorsque les convulsions ont cessé d'agiter ses membres. Les convulsions, comme la folie, sont l'effet, un symptôme, mais non la maladie elle-même.

La folie consistant dans des phénomènes psychiques spéciaux, si l'on veut avoir sa définition, ce n'est pas dans les maladies ou dans les infirmités cérébrales qui la produisent qu'on pourra la trouver, c'est uniquement dans les phénomènes psychiques anormaux causés par ces maladies ou ces infirmités. La définition de la folie ne peut donc pas être donnée par la pathologie, elle est du ressort exclusif de la psychologie; et c'est pour l'avoir cherchée dans la maladie que, de guerre lasse de n'en pouvoir trouver de bonne, on a fini par dire que la folie se conçoit mais ne peut pas se définir. Il n'en est point ainsi. En plaçant la folie là où elle est et non là où elle n'est pas, nous verrons qu'il est possible de lui trouver une définition qui la caractérise exactement.

Quand on jette un coup d'œil sur les manifestations psychiques anormales que présentent les aliénés, on voit que parmi ces manifestations il en est qui sont de nature si différente qu'elles ne sauraient entrer dans une seule et même

définition. Les personnes qui sont atteintes d'altérations sérieuses dans leurs manifestations psychiques présentent cependant toutes un caractère commun. Ce caractère consiste à ne pas se posséder, à n'être ni raisonnables ni libres, à ne penser, à ne vouloir inévitablement que ce que l'activité anormale de leur cerveau les oblige à penser et à vouloir. Ce caractère se résume dans le mot aliénation. Avec ce caractère commun, les manifestations psychiques anormales que l'on rencontre chez les individus dont le cerveau est malade, sont de deux ordres distincts. Ces deux ordres de manifestation correspondent aux deux modes d'altération dont les facultés psychiques sont susceptibles d'être affectées : la perversion, et l'affaiblissement pouvant s'étendre jusqu'à la destruction. La perversion est caractérisée par un changement de nature en mal dans les manifestations psychiques, changement de nature accompagné le plus souvent ou d'exaltation ou de dépression. Quant à l'affaiblissement et à la destruction, il n'est pas besoin de spécifier en quoi ils consistent. Si toutes nos facultés sont susceptibles d'être affaiblies et détruites, toutes ne sont pas susceptibles d'être perverties. Nos facultés instinctives ou morales, nos sentiments, facultés qui caractérisent nos penchants, nos tendances, qui leur impriment une direction, sont seules susceptibles d'être perverties, de changer de nature en mal ; les facultés intellectuelles proprement dites, c'est-à-dire la perception, la mémoire et la faculté de poursuivre, d'associer les idées, de réfléchir, de raisonner, en un mot, ne peuvent que s'affaiblir et s'anéantir ; la perversion n'est point dans leur nature. Une définition psychologique de la folie ne pourrait s'adapter à des états pyschiques anormaux aussi dissemblables que ceux qui sont caractérisés, les uns par la destruction, les autres par la perversion.

Les aliénations mentales qui sont caractérisées par la perversion des facultés morales sont : la manie, la mélan-

colie et la monomanie. Dans ces trois formes de l'aliénation, les facultés intellectuelles proprement dites, la perception, la mémoire et la faculté d'associer les idées, de raisonner, sont intactes ; et si parfois elles sont légèrement affaiblies, cet affaiblissement ne contribue en rien à constituer l'aliénation ; car il y a beaucoup d'individus dont les facultés intellectuelles sont très-inférieures à celles de certains aliénés, et qui n'en sont pas moins parfaitement raisonnables. Les aliénations mentales qui sont caractérisées par la destruction, par l'affaiblissement à divers degrés de toutes les facultés psychiques, autant des facultés morales que des facultés intellectuelles, sont la démence, l'imbécillité, l'idiotie. Dans ces formes de l'aliénation, les facultés morales sont non-seulement souvent perverties, mais encore elles sont affaiblies, plus ou moins anéanties. Quant aux facultés intellectuelles, c'est leur faiblesse ou leur anéantissement qui sont le caractère saillant de ces aliénations.

Ceci posé, il semble que, d'après l'idée que l'on se fait généralement de la folie, ce mot s'applique plutôt aux formes de l'aliénation caractérisées par la perversion des facultés morales avec intégrité des facultés intellectuelles, qu'aux formes de l'aliénation caractérisées par l'anéantissement plus ou moins grand de toutes les facultés. En effet, on désigne plutôt sous le nom de fou l'individu qui, dominé ou par des passions exaltées, ambitieuses, orgueilleuses, ou par des passions tristes, dépressives, poursuit des idées inspirées par ces passions et raisonne logiquement en prenant pour prémisses de ses raisonnements ces mêmes idées passionnées, l'individu, en un mot, qui délire d'une manière suivie, que l'aliéné qui est incapable de poursuivre une idée, de raisonner, chez lequel la mémoire fait défaut, qui, plongé dans l'incohérence, ne peut plus ou peut à peine délirer, et qui ne vit que pour satisfaire les besoins matériels.— C'est donc à l'état mental des aliénés de la pre-

mière catégorie que devra se rapporter la définition de la folie.

La base sur laquelle repose la folie étant la perversion des facultés instinctives ou morales, il en résulte que la folie est instinctive, morale de sa nature, et non intellectuelle. Mais les perversions morales, les passions les plus violentes, les plus bizarres, les plus monstrueuses ne suffisent pas pour faire un fou. On trouve autre chose que des passions chez le maniaque dont le délire est ambitieux, gai, orgueilleux ; chez le mélancolique qui voit tout en noir, qui est en proie à la crainte, à la défiance, à la tristesse ; chez le monomaniaque qui ne délire que dans un cercle d'idées restreint. Ce qui frappe surtout l'observateur chez ces malades, c'est, outre la passion qui, dirigeant la pensée, l'imagination, la réflexion, le jugement, caractérise les idées délirantes, une confiance absolue en ces idées. Rien ne peut détruire cette confiance, rien ne prouve d'une manière définitive à ces malades que ces idées sont fausses, bizarres, impossibles, que ce que leur passion leur fait vouloir est absurde, inconvenant, immoral. L'évidence matérielle, les raisonnements les mieux conçus sont impuissants à les éclairer sur leur déraison. Aussi M. Baillarger a-t-il réellement mis le doigt sur le caractère psychologique de la folie lorsqu'il a dit : La folie est une infortune qui s'ignore.

La psychologie et non la pathologie va nous donner la clef de cette ignorance, fait capital de la folie; elle va nous apprendre pourquoi le fou ne comprend pas, disons mieux, ne peut pas comprendre l'absurdité, l'immoralité de ses idées délirantes et de ses volontés. L'étude psychologique de l'homme démontre que rien n'a autant de puissance sur l'esprit, sur l'être qui se sent être, que sa manière de sentir, d'être impressionné par ses instincts, ses sentiments, ses passions. Cette étude démontre que les connaissances apprises intellectuellement et retenues par la mémoire, que les raisonnements les plus solidement construits, et même

que l'évidence matérielle procurée par le témoignage des sens, ont moins de puissance sur l'esprit que les éléments instinctifs de celui-ci, que les idées qu'ils inspirent à l'imagination. De là découle le principe psychologique que : c'est seulement par un élément instinctif de bonne nature, moral, que l'on peut être éclairé sur un élément instinctif de mauvaise nature, sur une passion et sur ses inspirations ; que c'est seulement par des sentiments rationnels, moraux, qui constituent le bon sens, le sens commun, qu'il est possible de connaître la nature irrationnelle, immorale des passions, des idées, des désirs, des volontés que ces passions suscitent en nous. Avec ce principe psychologique que l'on peut considérer comme une loi, il est aisé de comprendre pourquoi le fou ignore sa folie, pourquoi il est moralement aveuglé à l'égard de ses idées délirantes, de ses désirs irrationnels, de ses volontés immorales. L'homme raisonnable et libre peut avoir des passions, des idées, des désirs aussi irrationnels, aussi pervers que le fou ; mais, éclairé par ses sentiments moraux, par ses instincts rationnels, il sent, il connaît la nature irrationnelle, perverse, de ses passions et de leurs inspirations ; il peut donc les combattre s'il le veut.

Il n'en est point ainsi chez le fou. Dès que sa passion d'origine pathologique se fait sentir, ce malade est littéralement absorbé par sa passion ; toute l'activité psychique de ce malade est envahie et dominée par cette passion. L'activité psychique de l'homme est limitée dans son étendue ; et selon certaines circonstances dans lesquelles il se trouve, circonstances dans lesquelles le mode d'être de l'activité cérébrale est loin d'être étranger comme cause, si une passion profonde, d'origine pathologique surtout, s'élève en lui, cette passion peut envahir totalement l'esprit, le remplir pour ainsi dire, l'absorber, et, par ce fait, empêcher l'intervention de tout autre élément instinctif, de tout sentiment rationnel, moral, lequel, s'il avait apparu en même temps dans la conscience, l'aurait éclairée à l'égard des

inspirations irrationnelles de la passion. C'est cet envahissement et cette absorption du moi par la passion, qui survient chez le fou. Ce malade étant absolument absorbé et dominé par sa passion dès qu'elle surgit, son imagination, ses raisonnements, ses jugements sont alors exclusivement inspirés et dirigés par sa passion ; ses désirs, ses volontés dictés par sa passion, sont exclusivement conformes aux vœux de cette passion qui, en l'absence de tout sentiment rationnel et moral, résume toute sa manière de sentir. Dans cette condition psychique, moralement aveuglé à l'égard de sa passion et de toutes ces inspirations insensées, il les prend nécessairement pour bonnes et rationnelles. Fou à l'égard de tout ce qu'enfante cette passion, il peut être raisonnable dès que celle-ci n'intervient pas dans ses actes psychiques.

On pourra m'objecter que certains individus malades de cerveau et rangés dans la classe des fous sentent parfaitement la nature immorale, irrationnelle des passions que font surgir par moment en eux l'activité pathologique de leur cerveau, que ces individus combattent même tant qu'ils le peuvent ces passions qu'ils désapprouvent et qui les désespèrent. Cela est vrai ; mais ces individus, alors qu'ils n'ont que des passions puissantes dont ils apprécient sainement la nature ne peuvent pas être qualifiés de fous. Etant éclairés par leurs sentiments rationnels sur la nature de leur passion, ils sont raisonnables, et ils font preuve de raison en luttant contre cette passion. N'étant ni absorbés ni aveuglés par elle, ils ne sont point fous ; ce sont seulement des malades chez lesquels la maladie a fait surgir des passions d'une grande puissance. Je vais même plus loin. Il y a des cas où leur passion, sans les absorber et sans les aveugler, devient tellement impérieuse que, vainquant la volonté qui a résisté jusqu'alors, elle pousse le malade par une puissance organique irrésistible à commettre malgré lui des actes immoraux, criminels. Eh bien ! dans ces cas le malade n'est réellement pas fou non plus, puisqu'il est

éclairé moralement à l'égard de sa passion ; mais, dominé par une passion pathologique contre laquelle il ne peut plus lutter, il n'est plus libre tout en étant raisonnable. N'étant pas aliéné de sa raison, il n'est pas fou ; il est seulement aliéné de son libre arbitre et par conséquent irresponsable. C'est cet état psychique anormal qu'Esquirol a très-judicieusement appelé : aliénation par lésion de la volonté ; troisième forme de ses monomanies.

Ces préliminaires permettent de donner une définition de la folie, définition qui sera basée sur la nature psychologique de cet état mental anomal. La voici telle que je l'ai donnée dans mon ouvrage sur la folie étudiée au point de vue psychologique chez le malade et chez l'homme en santé (1).

« La folie consiste dans l'aveuglement moral involontaire de l'esprit à l'égard des idées fausses, absurdes, immorales, et des penchants bizarres et pervers inspirés par des passions ; aveuglement causé par l'absence des sentiments rationnels seuls capables d'éclairer l'esprit sur la nature de ces idées et de ces penchants ; c'est-à-dire, par l'inconscience morale à leur égard. » — A vrai dire, il y a là plus qu'une définition, il y a encore une explication de celle-ci. Pour avoir donc une définition seulement, je dirai que : *La folie consiste dans l'aveuglement moral de l'esprit à l'égard des idées fausses, absurdes, immorales, et des penchants bizarres ou pervers inspirés par les passions.* On ne pourra pas m'accuser de confondre la folie avec la passion, puisque la folie, d'après cette définition, n'est pas la passion elle-même, mais seulement un effet particulier de la passion, effet qui est l'aveuglement moral de l'esprit à l'égard des inspirations de cette passion.

Cette définition psychologique n'amoindrit point le rôle que joue l'activité anormale du cerveau dans la production

(1) 1 vol. F. Savy, Paris 1875.

de la folie. Cette activité anormale faisant surgir des passions insolites, ou imprimant une puissance et une ténacité telles à ces passions qu'elles absorbent et dominent l'esprit dès qu'elles surgissent, est la cause première de l'état psychique qui est la folie.

La folie étant l'aveuglement moral de l'esprit à l'égard des idées et des penchants inspirés par des passions, aveuglement déterminé par la circonstance psychique qu'aucun instinct moral, qu'aucun sentiment rationnel n'est présent dans l'esprit pour l'éclairer à l'égard de ces inspirations passionnées, partout où nous trouverons ce phénomène psychique parfaitement caractérisé, nous aurons une folie réelle. Or, ce n'est pas seulement chez les individus dont le cerveau est malade que l'on rencontre cet état psychique. Il y a, en effet, des hommes dont le cerveau n'est pas dans un état pathologique, qui ne tombera même jamais dans cet état, et chez lesquels on rencontre tout ce qui constitue psychologiquement la folie : 1° la passion ; 2° l'aveuglement moral de l'esprit à l'égard de la passion. Ces hommes sont aveugles à l'égard de leur passion par une des deux causes suivantes : ou, parce que dans des moments d'excitation les passions qu'ils éprouvent envahissent complétement leur esprit en y étouffant tous les sentiments moraux qui pourraient les éclairer à l'égard de ces passions et leur donner le pouvoir de les combattre ; ou, parce que leur cerveau, fonctionnant mal ou incomplétement, ne permet pas à ces individus d'éprouver les sentiments rationnels et moraux antagonistes des mauvais instincts, sentiments rationnels, qui, lorsqu'ils sont présents, éclairent l'homme sur la nature de ces mauvais instincts, les lui font apprécier, réprouver, et lui permettent de les combattre.

Le principe que a folie se rencontre non-seulement chez le malade mais encore chez l'homme en santé, principe universellement reconnu par le bon sens, est donc positi-

vement affirmé par la psychologie. Cette science découvre la folie dans chacun de nous pendant les instants où les passions que les circonstances excitantes naturelles, ou qu'une susceptibité particulière de notre cerveau font surgir en nous, nous envahissent, nous absorbent en étouffant momentanément les sentiments moraux qui pourraient nous éclairer à l'égard de nos inspirations passionnées. Ces inspirations qui, hors de l'état d'aveuglement dans lequel nous nous trouvons, seraient vivement réprouvées par la conscience, nous paraissent alors tout à fait raisonnables ; elles représentent à nos yeux la vérité, la justice, le bien, le droit, et même (chez les fanatiques, par exemple) le devoir. La psychologie découvre cet aveuglement moral chez les esprits faux, chimériques, exaltés, chez les individus qualifiés d'originaux, de passionnés, dont l'imagination est gouvernée sans cesse par quelque passion bizarre ou immorale, qui voyant tout au travers de leur passion, qui raisonnant en prenant pour bases de leurs raisonnements les inspirations de leur passion, produisent inévitablement des jugements en faveur de cette passion, ce qui fait dire d'eux qu'ils ont le jugement faux. La psychologie découvre un état psychique semblable chez les individus qui commettent le crime sous l'influence d'une passion violente qui envahit et absorbe leur esprit ; cette science découvre enfin un état psychique analogue chez les criminels qui préméditent et qui accomplissent le crime de sang-froid (1). L'anomalie morale de ces criminels ne vient pas comme dans les cas précédents d'une grande puissance ou d'une grande ténacité inhérentes à leurs mauvais instincts, à leurs passions, mais de ce que, naturellement dénués de tout sentiment moral, ces disgraciés

(1) Ou plutôt de *sens froid*, comme l'écrivait si judicieusement Boileau ; ce qui signifie : froid de sentiment, dépourvu de sentiment.

de la nature se trouvent, en présence de leurs désirs pervers, autant dominés et aveuglés par leurs mauvais instincts, que le sont les passionnés dont les passions violentes étouffent les sentiments moraux que ces passionnés peuvent avoir. C'est par l'absence de toute réprobation morale contre leurs projets criminels avant leur accomplissement, et de tout remords réel après, que les criminels de sang-froid prouvent que, complétement dénués de sentiments moraux, éléments constitutifs de la raison morale que ne donnent point les facultés intellectuels seules, ils représentent une classe particulière de monstres dans l'ordre moral.

Bien que ce soit la psychologie qui élargisse ainsi le domaine de la folie, la science qui regarde spécialement le médecin n'est pas désintéressée dans cet agrandissement. Le médecin, en portant son attention sur les originaux, sur les êtres bizarres, sur ceux qui animés d'une perversité outrée sont atteints en même temps d'insensibilité morale, découvre que l'organisme est loin d'être étranger à ces défectuosités psychiques. Il constate que ces défectuosités sont souvent transmises par l'hérédité en suivant les lois de ce mode de transmission ; bien plus, il acquiert la preuve que la cause organique qui produit ces défectuosités morales est si proche parente avec celle qui produit l'aliénation pathologique, que les aliénés transmettent souvent ces défectuosités morales à leurs descendants, et que les individus atteints de ces défectuosités transmettent souvent aussi la folie pathologique à leurs descendants. En persistant à ne voir la folie que dans des états pathologiques confirmés, les médecins laissent de côté des questions de la plus haute importance qui les regardent spécialement. Quel service ne rendraient-ils pas à la société si ceux qui sont en position de pouvoir le faire voulaient bien diriger leurs recherches sur les ascendants des criminels! En faisant ressortir le lien organique déjà constaté qui unit

le crime à la folie, ils prêteraient un appui à la psychologie qui découvre chez les criminels une anomalie morale constante, analogue à celle qui constitue la folie ; ils concourraient ainsi à faire progresser sur des bases solides, scientifiques, la question si controversée de la criminalité, question qui reste stationnaire parce qu'on ne l'a jamais posée sur le terrain de la science.

Nous apercevons maintenant le rôle spécial que joue la psychologie dans la question de la folie. Elle montre que la folie, manifestation psychique d'une cause organique est morale de sa nature et non pas intellectuelle ; elle spécifie les altérations des facultés psychiques dans chacune des formes si variées de l'aliénation mentale. Elle fait voir pourquoi l'individu absorbé et dominé par sa passion est privé de sa raison et de liberté morale à l'égard des inspirations de cette passion. Esclave de sa passion qui représente alors toute sa manière de sentir, il ne peut imaginer, désirer et vouloir que ce que demande sa passion. De plus, comme celle-ci appartient à son moi, à sa personnalité même, il se croit parfaitement libre et raisonnable dans les idées et dans les volontés extravagantes ou immorales que lui suggère cette passion. Ces notions importantes ne sont point du ressort de la pathologie.

Les aliénistes, par le fait d'un malentendu regrettable, ainsi que je l'ai dit en commençant, sont portés à confondre la maladie cérébrale qui produit la folie, avec cet effet psychique de la maladie, et à ne voir la folie que là où cette maladie existe ; mais ils ne tardent pas à se déjuger sans s'en apercevoir. Tous, par exemple, reconnaissent l'existence des folies épidémiques qui, à diverses époques sont venues fondre sur l'humanité, épidémies qu'ils appellent intellectuelles, et qui seraient mieux désignées sous le nom de morales, les éléments moraux étant seuls intéressés dans ces épidémies. Or, aucun médecin n'attribue ces folies qui ont envahi tantôt des populations entières, tantôt

des communautés, à des maladies cérébrales. Tous les aliénistes reconnaissent que ces folies prennent naissance dans quelque passion surexcitée par les circonstances, et qu'elles se propagent par la contagion des passions. Les conditions hygiéniques, débilitantes, peuvent bien favoriser l'apparition de ces épidémies, mais elles sont impuissantes, seules sans les passions, à produire cette espèce de folie. Des phénomènes nerveux-hystériques les plus variés viennent souvent aussi la compliquer, mais ces phénomènes qui ne sont point constants ne sont que surajoutées à la folie et ne la constituent point. Enfin, ces épidémies sont si peu causées par une maladie du cerveau, qu'il suffit de faire disparaître la cause morale existante des passions, de disperser les personnes atteintes, d'arrêter par ces moyens la contagion morale, pour voir ces folies épidémiques s'évanouir. Aucun traitement médical n'est nécessaire pour cela.

Si la psychologie signale en quoi consiste la raison et en quoi consiste la folie, si elle montre que l'élément psychique intéressé dans la folie proprement dite est l'élément moral, instinctif et non l'élément intellectuel; si elle indique les conditions qui font que l'homme reste raisonnable et libre au milieu de ses passions, ainsi que les conditions qui font que, en l'aveuglant, elles le rendent fou (que les passions soient soulevées par une activité pathologique du cerveau, ou qu'elles soient inhérentes au caractère de l'individu en santé); enfin, si la psychologie peut, au moyen de préceptes basés sur les lois naturelles qui régissent le monde moral, atténuer, pallier et parfois même guérir les anomalies morales de l'homme en santé, cette science est complétement impuissante pour guérir la folie du malade. Ici il y a un état pathologique qui est la cause de la passion qui absorbe et qui aveugle le malade; or cette passion persistera avec son caractère de ténacité tant que la cause organique qui la produit persistera. Un traitement médical peut donc seul faire disparaître cette passion et

l'aveuglement moral à l'encontre des inspirations de cette passion, c'est-à-dire la folie. Les moyens moraux peuvent bien contribuer à la guérison de ces maladies, mais ce n'est que par l'influence heureuse qu'ils exercent sur l'activité pathologique du cerveau.

La psychologie est une science basée sur l'observation des faits psychiques, elle est une science naturelle au même titre que les autres sciences ; elle n'est ni de l'idéologie, ni de la métaphysique. Le but de cette science est de nous éclairer sur les phénomènes psychiques normaux et anormaux, comme le but de la physiologie et de la pathologie est de nous éclairer sur nos phénomènes organiques normaux et anormaux. Nos phénomènes psychiques étant les uns plus spécialement intellectuels, les autres plus spécialement moraux, la psychologie doit s'occuper de deux objets distincts. Le premier de ces objets consiste dans les facultés intellectuelles proprement dites, dans l'étude de leur mode d'activité et des lois qui dirigent cette activité ; le second consiste dans les facultés instinctives ou morales, et également dans l'étude de leur mode d'activité et des lois qui la dirigent. Cette partie de la psychologie me paraît être la plus importante des deux ; s'occupant des phénomènes moraux de toute nature, des passions, des lois qui régissent le monde moral, des actes de l'homme, de la tératologie morale qui se présente sous les formes les plus variées, elle renferme la partie essentiellement pratique de la psychologie. Malgré son importance, cette partie est cependant celle qui fixe le moins l'attention des psychologues ; mais le corps médical, vivement intéressé au progrès de la psychologie des passions, doit en poursuivre l'étude. C'est dans cette pensée que j'ai écrit mon livre sur la folie étudiée au point de vue psychologique, livre qui serait peut-être mieux intitulé : Histoire naturelle des manifestations psychiques dans l'état de raison et dans l'état de folie.

PATHOLOGIE.

DE LA

DYSPHASIE

DANS LA

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par M. Clovis GALLOPAIN
Interne à l'asile de Ville-Evrard.

(Suite et fin.)

§ VI Diagnostic.

Les phénomènes morbides, que nous venons de décire, sont pathognomoniques de la paralysie générale.

M. Lunier (1) dit, en parlant d'un malade: « l'embarras » de la parole est extrêmement sensible: eût-il existé seul, » que je n'aurais pas hésité à diagnostiquer une paralysie gé- » nérale: il y a néanmoins dans ce cas une difficulté de dia- » gnostic qui n'a point, que je sache, été encore signalée. »

La dysphasie, en effet, avait besoin d'être *définie:* c'est ce que nous avons fait dans ce mémoire; et nous croyons maintenant que si l'on a présent à l'esprit ce que nous avons dit de l'ataxie labiale et de la glosso-ataxie, le mécanisme de la production de la dysphasie, ainsi que les efforts, aussi instinctifs que raisonnés, faits par le malade pour éviter cette dysphasie, nous croyons, dis-je, qu'il sera facile de distinguer cette lésion de toutes celles que l'on peut désigner, d'une manière générale, sous le nom *d'embar-*

(1) In *loc. cit.*

ras de la parole, et qui n'ont souvent d'autre analogie avec la précédente, que celle d'affecter le même organe.

Disons d'abord que l'on observe quelquefois, chez les malades, que les mouvements coordonnés des lèvres se répètent sans produire de dysphasie; c'est qu'alors la répétition des mouvements n'est que *fibrillaire*, trop faible et trop incomplète, pour que la prononciation soit gênée : ce symptôme, quoique seul, existant tel que nous l'avons défini, doit éveiller de graves soupçons.

Dans le *bégaiement* existent des troubles respiratoires (1) que l'on n'observe point dans la paralysie générale. Dans le bégaiement, il y a seulement *arrêt convulsif* ou *répétition convulsive* d'une syllabe; la dysphasie de la paralysie générale, au contraire, peut se manifester de *huit façons différentes*.

Dans l'arrêt convulsif du bégaiement, il y a immobilité de la langue et des lèvres; dans l'arrêt de la dysphasie, au contraire, il y a, dans ces organes, répétition des mouvements synergiques, ou tout au moins des contractions fibrillaires.

Dans certaines *hémiplégies*, il peut y avoir, si l'on veut, de *l'embarras de la parole*, mais de la *dysphasie*, jamais. De plus, dans ces cas, la langue est toujours assez fortement déviée; elle ne l'est qu'exceptionnellement dans la paralysie générale (5 fois sur 65 malades). En outre, dans l'hémiplégie, il n'y a point trace d'ataxie.

Dans le *ramollissement cérébral*, dans l'absence d'un plus ou moins grand nombre de *dents*, dans les *lésions organiques* de la langue, c'est un *empâtement* de la parole, que l'on observe, empâtement qui n'a aucune analogie, même grossière, avec la dysphasie de la paralysie générale.

Dans le *bredouillement*, la parole est *trop rapide;* dans la dysphasie elle est *lente*.

(1) Guillaume, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *bégaiement*.

Dans la *chorée*, il ya quelquefois des altérations ou même une *difficulté* de la prononciation, qui a une certaine analogie avec la dysphasie. Mais, dans la chorée, il y a *ataxie pendant le repos*; dans la paralysie générale, *il n'y a ataxie que pendant le mouvement*. Dans cette dernière maladie, les mouvements pathologiques de la langue et des lèvres sont essentiellement en rapport avec un mouvement physiologique déterminé, lequel est la cause occasionnelle des premiers; rien de semblable n'existe dans la chorée.

Dans la *colère*, *l'indignation*, la *crainte*, les lèvres peuvent être agitées d'un certain tremblement auquel M. Berthier (1) a donné le nom de *tremblement émotif* et qu'il faut se garder de confondre avec celui qui existe dans la paralysie générale; comme M. Berthier, nous l'avons principalement remarqué chez les malades atteints du délire des persécutions. Dans ce cas-là, il faut examiner les malades dans un moment de calme, et alors le tremblement n'existe plus.

En outre, dans la colère, l'indignation, la crainte, la parole est *chevrotante*, mais il n'y a pas de *dysphasie*.

Dans la *sclérose en plaques disséminées*, il y a un embarras de la parole, que nous regardons comme bien difficile, sinon comme impossible à distinguer de la dysphasie dans la paralysie générale. Il faudra alors, pour assurer le diagnostic, tenir compte des autres symptômes concomitants.

Dans *l'ivresse*, il y a des troubles dans la motilité des lèvres et dans la prononciation qui ressemblent assez complétement à l'ataxie labiale et à la dysphasie de la paralysie générale. Mais ces troubles se dissipant avec l'ivresse ou peu de temps après, l'erreur ne peut être de longue durée.

Que faire, quand on a à se prononcer sur un malade qui garde un mutisme absolu et dont le masque facial est dans une immobilité complète? On peut user, alors, d'un

(1) In *Gaz. des hôp.* du 20 nov. 1873.

moyen qui nous a souvent bien servi, et qui consiste à exciter le malade par la douleur : les muscles de la face se contractant alors pour l'expression de la souffrance, on peut observer, si l'on a affaire à un paralytique, le tremblement caractéristique des lèvres.

§ VII. — Conclusions.

De ce travail, nous conclurons :

Qu'il existe constamment, dans la paralysie générale, des lésions bulbaires, au niveau du plancher du quatrième ventricule, lésions qui consistent, surtout, dans la prolifération d'éléments cellulaires dans le tissu interstitiel, prolifération qui amène la nécrose des *éléments nobles*, notamment celle des *cellules grises* des noyaux d'origine des nerfs *grand hypoglosse* et *facial*;

Que ces lésions bulbaires se manifestent symptomatiquement par l'ataxie labiale et linguale, qui consiste en ce qu'un mouvement, ayant une étendue et une direction déterminées, est précédé et surtout suivi d'une série de mouvements involontaires ayant la même direction que le mouvement volontaire, mais presque toujours une moindre étendue;

Que cette ataxie labiale et linguale est soumise à cette *loi* : la répétition des mouvements directs et opposés, qui précèdent et suivent un mouvement déterminé, est essentiellement en rapport avec l'étendue et la vitesse de ce dernier mouvement;

Que la dysphasie est la conséquence naturelle et forcée de l'ataxie labiale et linguale;

Que la dysphasie peut se manifester par :

1° — prononciation incomplète d'une syllabe;

2° — une syllabe est sautée dans un mot;

3° — répétition incomplète d'une syllabe;

4° — répétition complète d'une syllabe;

5° — arrêt de la parole;

6° — hésitation de la parole;

7° — prononciation d'une lenteur extrême et uniforme;

8° — mutisme;

Que le malade, paralytique général, cherche à pallier la dysphasie, par la lenteur de la prononciation et le rapprochement des mâchoires;

Que la liaison intime de l'ataxie labiale et linguale et de la dysphasie, donne, à cette dernière, un caractère tout à fait spécial et pathognomonique dans la paralysie générale.

§ VIII. — Observations.

Bien que ce travail ait pour base l'analyse de 65 observations de paralysie générale, recueillies par nous, à l'asile de Ville-Evrard, nous avons cru qu'il serait suffisant de n'en publier qu'une partie, que nous avons groupées de la façon suivante :

A Trois observations de paralysie générale avec autopsie.
B Six — — — — à la 1re période.
C Dix — — — — à la 2e période.
D Six — — — — à la 3e période.

Chez les malades, que nous avons choisis, le diagnostic étant absolument incontestable, nous nous contenterons de décrire, avec détail, dans nos observations, ce qui seulement a trait au sujet que nous étudions.

A. Observations de paralysie générale avec autopsie.

Observation I.

Mer..... Françoise, femme de ménage, est entrée à l'asile de Ville-Evrard, le 17 juin 1874.

Démence paralytique : perte de la mémoire; excitation intellectuelle; idées ambitieuses incohérentes; faiblesse du coté droit.

26 *juillet* 1875. Les mouvements de la *langue* sont limités. Si l'on dit à la malade de la sortir de la bouche, on observe une série de mouvements propulsifs, qui ne sont pas plus tôt produits, que la langue est ramenée dans la cavité buccale par la contraction brusque des muscles antagonistes. Dans toutes les directions qu'elle la porte, du reste, ce n'est pas un mouvement qui se produit, mais une série de mouvements, plus ou moins étendus, mais tout à fait analogues.

Les *lèvres*, pendant la parole, sont beaucoup plus mobiles dans leurs moitiés gauches que dans leurs moitiés droites. Les mouvements, soit isolés, soit surtout coordonnés, se répètent un certain nombre de fois, mais incomplétement; les contractions des muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, par exemple, sont précédées et suivies, d'une façon très-évidente, de contractions fibrillaires dans ces mêmes muscles.

Les altérations de la *parole* consistent : dans la *lenteur* de la prononciation ; dans des moments d'*arrêt*; dans la prononciation *incomplète* et très-difficile des consonnes linguo-palatines.

Quand cette malade parle, elle tient continuellement les dents serrées les unes contre les autres ou légèrement écartées ; quelquefois, assez rarement cependant, elle applique brusquement avec bruit les arcades dentaires l'une contre l'autre, au moment de prononcer une consonne linguo-palatine.

La dysphasie devient plus prononcée, quand Mer..... parle depuis un certain temps.

14 *décembre*. Morte d'une attaque épileptiforme.

Autopsie 24 h. après la mort. — Le cerveau et ses membranes présentent les lésions caractéristiques de la paralysie générale, telles que : fausses membranes et hématomes appliqués sur la face interne de la dure-mère; plus de 250 g. de sérosité dans la cavité arachnoïdienne et dans les ven-

tricules; adhérence générale de la pie-mère avec la substance corticale; etc.

Bulbe. — La surface du sinus rhomboïdal est semée de fines et nombreuses granulations.

La substance grise du plancher du 4e ventricule est ramollie, demi-transparente et d'une consistance gélatiniforme.

L'examen microscopique de cette substance, pratiqué surtout au niveau des noyaux de l'hypoglosse et du facial, nous a montré :

De la matière amorphe granulée, surtout abondante dans les parties superficielles;

Des cellules, très-nombreuses en certains points, assez rares en d'autres, de volume très-variable, à contenu homogène ou très-finement grenu : les différences considérables, que nous avons rencontrées dans les dimensions de ces éléments cellulaires, est un fait remarquable qui mérite d'être noté;

Des corps granuleux;

Quelques cellules grises seulement non altérées, avec leur noyau, leur nucléole et leurs prolongements; la plupart avaient perdu leur contour et ne présentaient plus ni noyau, ni prolongements;

De nombreux capillaires;

Des globules rouges plus ou moins altérés, tantôt disséminés, tantôt agglomérés.

Au-dessous de cette couche de matière grise, on remarque un développement vasculaire considérable et le ramollissement de la substance blanche, dans une certaine épaisseur.

Réflexions. — La glosso-ataxie, chez cette malade, était très-prononcée; aussi, toutes les fois que, dans la prononciation d'une syllabe, la langue jouait le principal rôle, cette syllabe était-elle prononcée très-difficilement et très-incomplétement : c'est ce qui arrivait pour les consonnes

linguo-palatines; et, si Mer..... tenait ordinairement les arcades dentaires appliquées l'une contre l'autre, c'était, sans nul doute, afin de rendre plus faciles les contacts de la langue avec le palais.

Observation II.

Clai..... Joséphine, blanchisseuse, âgée de 29 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 14 juin 1875.

29 *juin* 1875. Paralysie générale à la deuxième période : perte de la mémoire; affaiblissement de l'intelligence; attaques épileptiformes; inégalité pupillaire.

La *langue* ne présente que des troubles assez légers dans sa motilité; ses mouvements paraissent limités.

Les *lèvres* présentent les phénomènes ataxiques les plus marqués : tous les mouvements sont précédés et surtout suivis de mouvements analogues au mouvement voulu, mais moins étendus.

La *dysphasie*, chez cette malade, consiste dans la *prononciation incomplète* ou la *répétition incomplète* de certaines syllabes; la malade, par moment, *traîne* aussi sur les voyelles. Les lettres dont la prononciation est particulièrement difficile sont les consonnes labiales et labio-dentales. Pour la prononciation du mot « but », voici les phénomènes que nous observons : les deux lèvres se rapprochent, mais avant qu'elles se soient touchées pour prononcer le mot, elles s'éloignent; alors, les mêmes mouvements coordonnés recommencent, entravés une seconde fois par la contraction intempestive des antagonistes; enfin, le mouvement complet est produit et le mot « but » est prononcé.

Clai..... parle en tenant les mâchoires manifestement rapprochées.

19 *novembre*. Attaque épileptiforme : état comateux, mutisme absolu; convulsions cloniques passagères dans les muscles des lèvres, des bras, des jambes.

20 *novembre*. Mort.

Autopsie 36 heures après la mort. — Le cerveau et ses membranes présentent les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

Bulbe. Le plancher du 4e ventricule est recouvert de granulations qui, visibles seulement à la lumière oblique, à la partie supérieure deviennent de plus en plus nombreuses et volumineuses à mesure qu'on approche du bec du calamus. A ce niveau, les granulations, serrées les unes contre les autres et longues de un à deux millimètres, ont absolument l'apparence d'excroissances papilliformes.

La substance grise du plancher du 4e ventricule est ramollie, demi-transparente, très-légèrement teinte en jaune. Par l'examen microscopique pratiqué surtout au niveau des noyaux de l'hypoglosse et du facial, nous avons trouvé dans cette substance :

De la matière finement granulée, abondante surtout dans les parties superficielles;

Des granulations graisseuses;

Des globules rouges plus ou moins altérés, tantôt disséminés, tantôt agglomérés;

Un développement considérable des vaisseaux capillaires;

Des cellules grises présentant des degrés d'altération très-divers : beaucoup n'avaient plus de noyaux ni de prolongements et apparaissaient sous forme de masses irrégulières, plus ou moins semblables et composées de granulations d'un jaune rouge; quelques-unes étaient normales.

De nombreuses cellules à contenu homogène et de volume très-variable.

Nous avons constaté également que les parois des vaisseaux étaient épaissies.

Réflexions. — L'ataxie labiale, chez cette malade, était

très-prononcée; aussi la parole devenait-elle particulièrement difficile, toutes les fois que les mouvements des lèvres devaient jouer le principal rôle dans la prononciation (ex. : consonnes labiales).

Observation III.

Chap..... Anne, âgée de 48 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard, le 26 décembre 1872.

28 *décembre* 1872. Démence paralytique: idées ambitieuses incohérentes; inégalité pupillaire; perte de la mémoire; incapacité de répondre à quoi que ce soit; embarras très-marqué de la prononciation; faiblesse des membres inférieurs.

5 *janvier* 1875. Cette malade est arrivée à la 3e période de la paralysie générale. Elle a, de temps à autre, des attaques épileptiformes pendant lesquelles elle reste dans une immobilité absolue, très-pâle, avec mouvements des yeux autour de l'axe vertical, quelques contractions dans les muscles de la face et des membres et dans un *mutisme complet*. Généralement, ces attaques ont une durée assez longue; tant qu'elles durent, il est impossible de la faire manger : les liquides, que l'on introduit dans la bouche, pénètrent dans le larynx aussi bien que dans l'œsophage.

Après chaque attaque épileptiforme, la difficulté de la prononciation devient plus accentuée.

La *dysphasie*, chez cette malade, consiste dans la *répétition* d'une syllabe; dans la *prononciation incomplète* d'un mot; dans des *efforts considérables* pour arriver à prononcer certaines syllabes : il semble, dans ce cas, que les muscles des lèvres et surtout de la langue refusent d'obéir à la volonté.

15 *janvier*, Chap..... vient d'avoir une attaque épileptiforme, qui a duré 3 jours; elle est actuellement encore dans l'impossibilité absolue d'articuler un mot.

20 *mars*. La parole n'est point revenue ; le seul mot que Chap..... puisse prononcer, c'est « oui » et encore d'une façon très-incomplète et peu intelligible.

La lèvre supérieure est pendante et presque immobile.

2 *juin*. Morte d'une attaque épileptiforme.

Autopsie 30 heures après la mort. — Les lésions du cerveau et de ses membranes sont celles que l'on trouve constamment dans la paralysie générale ; mais, ici, elles existent à leur plus haut degré.

Bulbe. L'épendyme qui tapisse le plancher du 4e ventricule est recouvert de granulations extrêmement nombreuses.

La couche de matière grise de ce même plancher est ramollie : le doigt promené à sa surface, la réduit facilement en pulpe; elle présente, en outre, une coloration jaunâtre assez prononcée. Au-dessous de cette substance et à la partie inférieure du plancher, on trouve deux petites hémorrhagies que l'on aperçoit même, par transparence, à travers la matière grise. La substance blanche est également très-ramollie, et le ramollissement est plus prononcé tout autour des vaisseaux. Cette région du bulbe présente un développement vasculaire considérable.

Réflexions. — Nous devons faire remarquer que chez cette malade, la dysphasie est devenue de plus en plus prononcée après chaque attaque épileptiforme ; que même, après une de ces attaques, elle a complétement perdu l'usage de la parole, qu'elle n'a pu recouvrer dans la suite.

B. Observations de paralysie générale à la première période.

Observation IV.

Durant..., Caroline, journalière, âgée de 31 ans, est entrée à l'asile de la Ville-Evrard le 19 mars 1875.

2 *avril*. Il y a environ trois mois, cette malade est entrée à l'hôpital de la Pitié pour un affaiblissement musculaire considérable et un embarras de la parole. Depuis cette époque, la difficulté de la prononciation a fait des progrès continuels. Actuellement, on constate un léger affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire.

La pupille droite est plus dilatée que la gauche. Sputation fréquente.

La motilité de la *langue* présente des modifications remarquables ; les mouvements étendus nécessitent beaucoup d'efforts; si l'on dit à la malade de la sortir de la bouche, on observe une série de mouvements de projection, qui ne sont pas plutôt produits, que la contraction des muscles antagonistes ramène l'organe dans la cavité buccale ; les mouvements d'élévation sont très-difficiles ; il lui est impossible de la maintenir immobile. Durant... a parfaitement conscience elle-même de son état, car elle dit que, depuis le commencement de sa maladie (qu'elle appelle *paralysie*) *sa langue est rentrée*, et elle sent bien, ajoute-t-elle, qu'elle ne recouvrera jamais sa facilité habituelle de prononciation.

Les mouvements coordonnés des *lèvres* se répètent un certain nombre de fois, mais très-incomplétement ; souvent même, on n'observe que des contractions fibrillaires, très-apparentes, principalement dans les muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, contractions fibrillaires qui précèdent et suivent tous les mouvements exécutés par la lèvre supérieure.

Les mêmes phénomènes existent, pour la lèvre inférieure, dans le muscle de la houppe du menton.

La *dysphasie* se manisfeste par une *lenteur passagère*, un *arrêt* dans la prononciation, par une *hésitation* particulière, accompagnée *d'efforts* manifestes, faits par la malade, qui semble lutter contre une force contraire, pour mouvoir,

selon sa volonté, les organes de la parole articulée ; pendant cette lutte, elle traîne sur la voyelle de la syllabe précédente.

Souvent, il y a *répétition* plus ou moins complète des syllabes, dans lesquelles existe une consonne linguo-palatine.

Pendant la parole, Durant... tient les arcades dentaires rapprochées l'une de l'autre.

« *Pourquoi*, disons-nous à cette malade, *quand vous parlez, tenez-vous les mâchoires aussi rapprochées ?* » « *C'est*, nous répond-elle, *parce que ma langue est paralysée, et qu'autrement je ne pourrais pas parler.* »

Sur notre demande, elle essaye de parler, en tenant la bouche un peu entr'ouverte, comme il est habituel, et comme elle faisait avant sa maladie ; et, nous voyons alors qu'il lui est totalement impossible de prononcer les consonnes linguo-palatines et qu'elle *saute* la plupart des syllabes et même des mots entiers ; ce n'est plus de la parole articulée, c'est une suite de sons confus et inintelligibles.

Réflexions. — La malade, qui fait le sujet de cette observation, est très-intéressante pour l'étude de la dysphasie dans la paralysie générale. L'ataxie linguale est très-accusée : c'est pourquoi la prononciation des consonnes linguo-palatines, où la langue joue le principal rôle, est devenue particulièrement difficile ; pour remédier aux troubles de motilité de l'organe, Durant... rapproche les mâchoires ; si, par sa volonté, elle essaye de parler, en tenant le bouche entr'ouverte, cela lui est complétement impossible.

D'un autre côté, pendant les *hésitations* de la parole, la malade fait des *efforts :* c'est que la répétition des mouvements, nécessités pour la prononciation de la syllabe précédente, n'est pas terminée, et que Durant... lutte contre la répétition *automatique* de ces mouvements, qui

l'empêchent d'imprimer, à l'organe qui en est le siége, les mouvements nouveaux, nécessaires pour la prononciation de la syllabe suivante.

Observation V.

May... Caroline, couturière, âgée de 33 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 11 juin 1875.

23 *juin.* Paralysie générale progressive : affaiblissement de l'intelligence ; diminution de la mémoire ; idées de satisfaction, principalement sur sa santé. La difficulté de la parole a commencé il y a environ six mois, et est devenue, depuis, de plus en plus marquée.

La *langue* ne présente pas de lésion appréciable dans sa motilité.

Les mouvements des *lèvres*, coordonnés pour la prononciation, se répètent un grand nombre de fois et très-rapidement; cette série de mouvements, analogues à un mouvement voulu et déterminé, suivent ordinairement ce dernier ; mais, souvent aussi, ils le précèdent.

La *dysphasie* se manifeste : par de la *lenteur subite et passagère* de la prononciation ; par la *répétition* d'une syllabe : « *je ne suis pas fe fe folle* ». De temps en temps, May... *saute* les consonnes et même les syllabes : « *je veux voir me me me mon...on...a.....ri,* » pour : « *je veux voir mon mari* ». D'une manière générale, la prononciation des consonnes labiales et labio-dentales est très-défectueuse.

Réflexions. — Notons, dans cette observation, que les troubles de motilité n'intéressent que les lèvres et non la langue, et que la dysphasie n'apparaît que quand, dans la prononciation d'une syllabe, les lèvres jouent le principal rôle.

Observation VI.

Ram... Félix, tailleur, âgé de 39 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 3 septembre 1875.

22 *septembre*. Paralysie générale progressive : affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; idées ambitieuses et de richesses ; actes désordonnés.

Si l'on dit au malade de sortir la langue de la bouche, on observe quelques mouvements d'arrière en avant et d'avant en arrière, mais peu accusés.

Dans presque tout mouvement des lèvres, on constate que des contractions fibrillaires très-manifestes existent dans les muscles qui ont exécuté ce mouvement : elles se montrent soit avant, soit après la production de ce dernier ; ces contractions fibrillaires sont surtout apparentes dans les muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure et dans le muscle de la houppe du menton.

Les mouvements coordonnés se répètent quelquefois, mais très-faiblement.

Ram..., parle, en tenant les arcades dentaires rapprochées l'une de l'autre.

Pas de difficulté bien appréciable de la parole.

Observation VII.

Bros... Hector, coiffeur, âgé de 45 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 21 juin 1875.

5 *juillet*. Paralysie générale progressive : affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; idées de satisfaction ; pupilles contractées.

Les mouvements des lèvres sont précédés et suivis de contractions fibrillaires, qui sont surtout apparentes dans les muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, dans l'orbiculaire des lèvres et dans le muscle de la houppe du menton. Ces contractions fibrillaires ne se manifestent point pendant le repos.

Quand, pour la prononciation d'une syllabe, les lèvres doivent se mettre en contact, elles s'appliquent quelquefois fortement l'une contre l'autre par exagération de la con-

traction musculaire. C'est dans ce dernier cas, que l'on peut noter une légère *hésitation* de la parole.

Observation VIII.

Pouz... François, opticien, âgé de 55 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 31 mars 1875.

13 *avril* 1875. Paralysie générale progressive : affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées de satisfaction : il est très-fort; il gagne beaucoup d'argent; *hésitation* de la parole.

22 *septembre* 1875. La langue et les lèvres présentent des contractions fibrillaires et la répétition toujours incomplète des mouvements coordonnés.

Pouz... saute quelquefois certaines syllabes. Nous remarquons que, d'une manière générale, il prononce avec beaucoup de difficulté celles pour la prononciation desquelles la lèvre supérieure joue un des principaux rôles.

Mais ce que l'on observe le plus souvent chez ce malade, est une *lenteur subite et passagère* de la parole, tranchant nettement sur la vitesse habituelle de la prononciation.

Voici ce que nous observons, chez Pouz....., pour l'articulation du mot « *beau* » : les deux lèvres se rapprochent pour prononcer ce mot; mais, avant qu'il soit prononcé, elles s'écartent; elles se rapprochent de nouveau, s'écartent encore; enfin, les lèvres arrivent à se mettre en contact, et le mot « *beau* » est prononcé, après avoir occasionné un moment d'*hésitation* de la parole; car, pendant ce temps, le malade *traînait* légèrement sur la voyelle de la syllabe précédente.

Observation IX.

Bout... Jean, opticien, âgé de 55 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 6 septembre 1875.

23 *octobre*. — Paralysie générale progressive : affaiblissement intellectuel; diminution de la mémoire; céphalalgies; accès d'agitation; *hésitation* de la parole.

Si l'on dit au malade de sortir la langue de la bouche, on observe une sorte de tremblement, qui consiste dans une succession de mouvements en masse de l'organe, d'arrière en avant et d'avant en arrière.

Dans les lèvres, on remarque, par moment, des contractions exagérées des élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, des contractions fibrillaires du même muscle, de l'orbiculaire, etc. : toutes contractions, qui sont essentiellement en rapport avec les mouvements exécutés. Quelquefois, il y a une répétition des mouvement coordonnés presque complète, mais rarement.

Les seuls troubles de la parole, qui existent chez ce malade, sont : une *très-légère hésitation* et la *prononciation incomplète* de certaines syllabes; et encore, ces troubles ne se manifestent qu'à de rares intervalles.

Réflexions. — La dysphasie, chez ce malade, est très-peu prononcée : la répétition des mouvements, en effet, n'est que fibrillaire, beaucoup trop incomplète pour entraîner une gêne appréciable de la parole.

C. Observations de paralysie générale à la deuxième période.

Observation X.

Hoël..... Honorine, couturière, âgée de 39 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 21 juin 1875.

5 *juillet*. — Cette malade nous dit que la difficulté de la parole a commencé, chez elle, il y a au moins 18 mois.

Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; préoccupations hypocondriaques; idées incohérentes de satisfaction.

Faiblesse musculaire générale, prononcée surtout aux

membres inférieurs; tremblement des doigts et des mains.

Céphalalgies fréquentes; vertiges; attaques épileptiformes légères.

Si l'on dit à Hoel.... de sortir la langue de la bouche, on observe une série de mouvements de propulsion, qui ne sont pas sitôt produits que la contraction brusque des antagonistes ramène l'organe dans la cavité buccale. Ces mouvements de propulsion et de retrait se succèdent rapidement.

Il est impossible à cette malade de maintenir la langue dehors.

Les mouvements des lèvres se répètent quelquefois.

La dysphasie se manifeste par la *lenteur* de la parole; par la *répétition* de certaines syllabes : « *J'ai des des des des éblouissements* ».

Hoël..... *traîne* aussi sur les voyelles et *saute* des syllabes : elle dit « *chez ce mécin* » pour « chez ce médecin » ; « *á peu-rès* », pour « à peu près ».

Pendant la parole, elle tient les dents rapprochées.

Observation XI.

Alb..... Florine, lingère, âgée de 45 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 5 avril 1875.

19 *avril*. — Paralysie générale progressive : affaiblissement considérable de l'intelligence; perte de la mémoire; idées de richesses et de grandeur : elle a plusieurs millions; agitation maniaque, erreurs de personnalité; loquacité.

27 *septembre*. — Cette malade ne peut sortir la langue en avant de l'arcade dentaire inférieure, sans qu'il y ait aussitôt un brusque mouvement de retrait. Les mouvements qu'elle exécute avec cet organe se répètent un grand nombre de fois.

Les mouvements des lèvres se reproduisent plusieurs fois, très-rapidement.

Dysphasie : *lenteur*, *hésitation* de la parole.

Alb.... *prononce incomplétement*, *saute* ou *répète* certaines syllabes et *traîne* sur les voyelles. « *tous les les les les les dimanches* » ; « *je ne suis pas ma ma ma ma a lade* ».

Pendant la parole, elle tient les arcades dentaires appliquées l'une contre l'autre.

Dans les moments d'agitation, la dysphasie se prononce encore davantage.

Observation XII.

Fab.... Marie, couturière, âgée de 27 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 7 avril 1875.

Démence paralytique : agitation maniaque ; mutisme ; tremblement et faiblesse de tout le côté droit du corps : la malade s'incline fortement de ce côté ; difficulté de la marche ; pupille droite plus dilatée que la gauche.

7 *septembre* 1875. — Les mouvements des lèvres et de la langue se répètent un grand nombre de fois, et entraînent par là une difficulté considérable de la prononciation.

Voici, par exemple, ce qui se produit pendant la parole : Fab... . prononce la première syllabe d'un mot ; les mouvements des lèvres, nécessités pour la prononciation de cette syllabe, se reproduisent complétement, très-vite et un grand nombre de fois ; ce qui fait que cette malade prononce indéfiniment une même syllabe, sans pouvoir achever le mot. Ce qui arrive pour les mouvements des lèvres, existe également pour les mouvements de la langue, qui se répètent les mêmes, un grand nombre de fois, et qui entraînent la répétition indéfinie des syllabes, dans lesquelles se trouve une consonne linguo-palatine.

Cette malade tient continuellement les arcades dentaires rapprochées.

Quand on l'excite par la douleur, les lèvres sont agitées de tremblement extrêmement rapide.

20 *novembre*. — Le mutisme existe encore.

Réflexions. — Cette malade garde un mutisme à peu près continuel, parce qu'elle a conscience de l'impossibilité où elle est de prononcer une parole intelligiblement.

Observation XIII.

Ronc.. Urbain, valet de chambre, âgé de 31 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 20 mars 1875.

Démence paralytique : Affaiblissement de l'intelligence ; perte de la mémoire ; apathie ; périodes d'agitation ; inégalité pupillaire.

27 *septembre* 1875. Quand ce malade sort la langue de la bouche, il ne le fait qu'avec un certain effort, et l'on observe alors une série de mouvements de propulsion, auxquels succèdent aussitôt de brusques mouvements de retrait.

Les mouvements volontaires, exécutés par les lèvres, sont précédés et surtout suivis d'une série de mouvements automatiques, identiques aux mouvements volontaires, ayant souvent la même étendue. Cette répétition des mouvements se fait d'une façon si rapide et si complète que, quelquefois, les lèvres s'appliquent fortement l'une contre l'autre, et que le malade, lassé, s'arrête à la syllabe qui a entraîné une telle reproduction des mouvements coordonnés ; dans quelques cas, ces mêmes phénomènes se produisent avant la prononciation, et Ronc... reste sans avoir articulé une seule parole.

Pendant la parole on observe la *répétition* des syllabes : « *Vé vé vé four* » ; et la *prononciation incomplète* de certaines consonnes ; il est à peu près impossible à ce malade de prononcer les gutturales ; dans le mot « *gris* », par exemple, on n'entend que le son de la voyelle *i*.

Ronc... parle en tenant les dents presque serrées les unes contre les autres.

Observation XIV.

Comman.... Pierre, tailleur, âgé de 45 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 20 mars 1875.

Paralysie générale progressive : affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; délire des grandeurs; faiblesse des membres inférieurs; tremblement musculaire.

27 *septembre* 1875. Les mouvements de la langue sont limités. Quand le malade fait effort pour la sortir de la bouche, on observe des contractions fibrillaires très-apparentes dans le muscle orbiculaire des lèvres, et même un léger tremblement au niveau des commissures labiales.

Les mouvements des lèvres se répètent un certain nombre de fois, mais le plus souvent incomplétement. Du reste, on dirait que les lèvres sont demi-paralysées : pendant la parole, la lèvre supérieure est pendante ; la lèvre inférieure est portée en bas et en avant. Les mouvements combinés des deux lèvres sont notablement difficiles.

Comman... parle avec lenteur ; il *saute* ou *répète* certaines syllabes: « *i i i i ils sont on à à Paris* » ; il prononce *difficilement* les consonnes, et il lui est impossible d'articuler un mot un peu long.

Il tient les arcades dentaires rapprochées l'une de l'autre.

Réflexions. — S'il est impossible, à ce malade, de prononcer un mot un peu long, c'est parce que les mouvements coordonnés différents, nécessaires pour l'articulation de chaque syllabe du mot, ne peuvent se suivre immédiatement et aussitôt l'une après l'autre, à cause de la répétition automatique d'un même mouvement coordonné.

Observation XV.

Nicol.... François, employé de chemin de fer, âgé de 40 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 24 août 1874.

8 *septembre* 1874. Paralysie générale progressive : idées ambitieuses incohérentes; il est riche, il chantera à l'Opéra; il distribuera de l'argent à son entourage; il connaît tout; il veut réformer les mitrailleuses.

27 *septembre* 1875. Les mouvements exécutés par la langue se répètent un certain nombre de fois. Quand on dit au malade de la sortir de la bouche, on observe une série de mouvements de projection, suivis de la contraction brusque des muscles antagonistes, qui ramènent l'organe dans la cavité buccale. Les mouvements des lèvres se répètent également un grand nombre de fois, mais d'une façon intermittente, par intervalle. La lèvre supérieure, du reste, semble demi-paralysée.

Nicol.... parle *lentement;* il *saute* ou *répète* certaines syllabes et prononce *difficilement* les consonnes. Mais cette dysphasie ne se manifeste que par intervalle et coïncide avec l'ataxie labiale.

Pendant la parole, tantôt ce malade tient les arcades dentaires rapprochées, ou plutôt appliquées l'une contre l'autre; tantôt la bouche est entr'ouverte : dans le 1er cas, la prononciation est *lente*, mais *assez facile* cependant, et la lèvre supérieure est à peu près *immobile;* dans le second cas, au contraire, se manifestent l'ataxie labiale et la dysphasie qui en est la conséquence.

Observation XVI.

Robin.... Louis, fabricant de terre cuite, âgé de 35 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 7 mars 1874.

21 *mars* 1874. Paralysie générale : propos incohérents : amnésie; inégalité pupillaire; tremblement de la langue, des doigts et des mains; difficulté de la parole.

27 *septembre* 1875. Les mouvements de la langue sont moins étendus qu'à l'état normal; le malade ne peut la tenir sortie de la bouche; et, quand il la sort, on observe une succession de mouvements propulsifs et rétropulsifs.

La lèvre supérieure est pendante, comme demi-paralysée ; on y observe cependant, de temps en temps, la répétition des mouvements coordonnés.

Pendant la parole, Robin.... tient les dents très-rapprochées, ou plutôt serrées les unes contre les autres.

Il y a impossibilité presque absolue de comprendre ce qu'il dit. Il *saute,* à chaque instant, des syllabes et des mots entiers, et la prononciation des consonnes est on ne peut plus défectueuse.

Il parle extrêmement vite.

Il semble qu'il y ait, chez ce malade, un défaut presque absolu de *synergie motrice* dans les organes de la parole articulée, et que les mouvements combinés de ces organes ne peuvent plus avoir lieu.

Réflexions. — Voici comment une observation minutieuse nous permet de nous rendre compte du défaut de synergie fonctionnelle des muscles de la langue et des lèvres, qui existe chez ce malade : les mouvements, coordonnés pour la prononciation d'une syllabe, se répètent un certain nombre de fois; mais alors, la volonté, qui essaye d'agir sur les lèvres et la langue, pour entraîner ces organes dans une direction nouvelle et souvent opposée, pour l'articulation de la syllabe suivante, se heurte contre les *mouvements automatiques* dont ils sont animés (obstacle contre lequel elle ne peut rien), et Robin...., dont la parole est extrêmement rapide, *saute* une syllabe et quelquefois deux ou trois, selon la durée de ces *mouvements automatiques;* il saute des syllabes, jusqu'à ce que l'influence cérébrale se substitue à l'influence morbide, d'origine spinale.

Observation XVII.

Caz.... Claude, employé, âgé de 46 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 8 mars 1875.

12 *mars.* Démence paralytique : les premiers accidents

ont débuté, il y a environ dix-huit mois, par une légère difficulté de la parole. Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; délire hypocondriaque avec idées de satisfaction incohérentes; faiblesse des membres inférieurs.

23 *septembre*. Les mouvements étendus de la langue sont très-difficiles et ne se font qu'avec beaucoup d'efforts; ils se reproduisent un certain nombre de fois.

Les mouvements des lèvres se reproduisent également; les élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure se contractent souvent d'une façon exagerée. Ce malade parle en tenant les arcades dentaires rapprochées l'une de l'autre.

La répétition des mouvements coordonnés est essentiellement en rapport avec les mouvements des lèvres ou de la langue, nécessaires pour la prononciation de la syllabe suivante. Quelquefois cependant, ces mouvements automatiques suivent l'articulation de la syllabe.

La dysphasie se manifeste par la *lenteur* et l'*hésitation* subites et passagères de la parole et par la répétition de certaines syllabes.

Quand Caz..... fait attention à sa prononciation, il parle avec une *lenteur uniforme*; et ainsi, il évite, sinon les tremblements fibrillaires, du moins la répétition des syllabes.

Il attribue sa difficulté de la parole à l'absence de deux dents.

Observation XVIII.

Ozile..... Félix, sellier, âgé de 42 ans, est entré à l'asile Ville-Evrard le 23 juin 1875.

19 *septembre* 1875. — Paralysie générale : affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire; apathie; indifférence; accès maniaques; tremblement très-marqué des membres; pupille droite plus large que la gauche.

Les mouvements de la langue sont limités, et se reproduisent un certain nombre de fois, mais très-incomplétement.

Pendant la parole, la lèvre supérieure est pendante et comme demi-paralysée; la lèvre inférieure est plus mobile; dans quelques cas, on observe des contractions fibrillaires, principalement dans les muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

Oz..... tient les arcades dentaires rapprochées l'une de l'autre.

Il a pris l'habitude de parler avec une *extrême lenteur*, de façon à éviter à peu près complétement la dysphasie. De plus, il s'efforce, autant que possible, de tenir les lèvres immobiles.

Observation XIX.

Bar..... Marie, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 30 juillet 1875.

8 *septembre*. — Démence paralytique : affaiblissement considérable de l'intelligence et de la mémoire; délire hypocondriaque ; idées de satisfaction ; inégalité pupillaire, faiblesse musculaire générale ; le côté droit semble cependant plus faible que le gauche; marche lente et difficile.

Les mouvements de la langue s'exécutent très-lentement et sont bien moins étendus qu'à l'état normal ; ce qui n'empêche pas que ces mouvements se reproduisent un certain nombre de fois.

Les lèvres ne présentent pas de lésion appréciable : on n'y observe même pas de contractions fibrillaires.

Arrêts de la parole; Bar..... saute quelquefois des syllabes, ou seulement les consonnes : c'est ainsi qu'elle dit « *ou-née* » pour « journée » et « *on-temps* » pour « longtemps ».

Les consonnes linguo-palatines sont particulièrement difficiles à prononcer.

Réflexions. — Ce qui domine, chez cette malade, c'est surtout la parésie et l'ataxie linguales; aussi, la dysphasie se manifeste-t-elle presque exclusivement au sujet de la prononciation des consonnes linguo-palatines.

Ce qui frappe tout d'abord, chez Bar..... quand on la fait parler, c'est qu'elle tient continuellement les dents serrées les unes contre les autres. Si, sur notre demande, elle essaye de parler en tenant la bouche entr'ouverte, nous constatons alors que la prononciation des syllabes, dans lesquelles existe une consonne linguo-palatine, est devenue complétement impossible ; c'est parce qu'alors la parésie et l'ataxie linguales empêchent cet organe de se mettre en contact avec le palais.

D. Observations de paralysie générale à la troisième période.

Observation XX.

Bin..... Augustine, couturière, âgée de 35 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 15 novembre 1872.

20 *septembre* 1875. — Paralysie générale progressive ; démence. Gâteuse.

Les mouvements de la langue sont très-limités : c'est à peine si la malade peut l'avancer un peu au delà de l'arcade dentaire inférieure ; les mouvements d'élévation sont à peu près impossibles.

Contractions successives, le plus souvent incomplètes et toujours en rapport avec l'activité fonctionnelle.

Pendant la parole, la commissure labiale gauche garde une immobilité relative ; les traits sont tirés à droite ; les moitiés droites des lèvres sont beaucoup plus mobiles que les moitiés gauches. La lèvre supérieure est pendante ; la lèvre inférieure se porte assez fortement en bas et en avant.

Les mouvements des lèvres sont précédés et suivis de

contractions fibrillaires, qui existent surtout dans le muscle orbiculaire. Quelquefois, le mouvement physiologique se reproduit, mais, le plus souvent, incomplétement.

Quant Bin..... parle, elle tient les dents appliquées les unes contre les autres.

La dysphasie se manifeste, chez elle, par de la *lenteur*, des moments d'*arrêt* dans la prononciation.

Par moment, il y a *répétition* d'une syllabe.

Observation XXI.

Clé..... Alphonsine, confectionneuse, âgée de 39 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 23 novembre 1872.

10 *décembre* 1872. — Paralysie générale progressive : affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées délirantes de satisfaction et de persécution ; inégalité pupillaire; hésitation de la parole.

28 *août* 1875. — Démence complète; faiblesse considérable du côté gauche : la malade incline fortement de ce côté. Gâteuse.

Les mouvements de la langue sont très-gênés : elle reste immobile dans la cavité buccale : c'est tout au plus si Clé..... peut l'avancer au niveau de l'arcade dentaire inférieure.

Les mouvements des lèvres se reproduisent plusieurs fois ; on observe presque toujours des contractions fibrillaires, siégeant principalement dans les muscles élévateurs communs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, contractions qui précèdent ou suivent les mouvements.

Clé..... parle en tenant les dents serrées les unes contre les autres.

La dysphasie se manifeste par la *lenteur* de la prononciation et par la *répétition* de certaines syllabes.

Observation XXII.

Brun..... Marie, âgée de 54 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 11 février 1875.

25 *février*. — Démence paralytique; perte de la mémoire; idées de satisfaction.

Les troubles de la locomotion sont très-prononcés : cette malade peut à peine marcher seule; les mains tremblent et la force dans les membres supérieurs est considérablement diminuée. Gâteuse.

Difficulté extrême de la prononciation, ce qui fait qu'elle peut à peine articuler quelques mots intelligiblement.

20 *septembre*. — Les mouvements de la langue sont très-limités : c'est à peine si elle peut l'avancer au niveau de l'arcade dentaire inférieure; et cependant, dès que Brun... essaye de mouvoir cet organe, il est agité de tremblement.

Les mouvements des lèvres sont précédés et suivis de contractions fibrillaires, et, par moment, se reproduisent même plusieurs fois. Il y a quelquefois exagération du mouvement : c'est ainsi, par exemple, que quand les lèvres doivent simplement se mettre en contact l'une avec l'autre, elles s'appliquent, au contraire, fortement l'une contre l'autre, pendant un certain temps.

Pendant la parole ou plutôt quand la malade essaye de parler, elle tient les arcades dentaires fortement appliquées l'une contre l'autre, en même temps que les lèvres s'écartent de façon à découvrir complétement les dents.

Malgré les *efforts considérables* qu'elle fait, il est totalement impossible à Brun..... de prononcer aucune consonne, elle ne peut faire entendre que des sons inarticulés, sur lesquels elle traîne pendant quelque temps.

Réflexions. — L'impuissance de l'articulation verbale, chez cette malade, est certainement due à la paralysie presque complète de la langue.

Observation XXIII.

Delac..... Julienne, couturière, âgée de 37 ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 19 décembre 1874.

20 *décembre* 1874. — Paralysie générale progressive : affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées hypocondriaques; difficulté de la parole.

Faiblesse musculaire générale ; difficulté de la marche. Gâteuse.

20 *septembre* 1875. — Les mouvements de la langue sont très-limités : la malade ne peut la sortir de la bouche.

La lèvre supérieure est pendante, présentant cependant, pendant la parole, des contractions fibrillaires.

Delac..... parle en tenant les dents serrées les unes contre les autres et avec une *lenteur extrême*.

Cette *lenteur habituelle* devient encore plus *marquée*, par moment, quand les contractions successives, au lieu de n'être que fibrillaires, sont assez prononcées pour entraîner la répétition incomplète du mouvement coordonné.

Ce n'est, du reste, que difficilement que l'on peut obtenir des réponses de cette malade, qui semble avoir une peine considérable à mouvoir les organes, en partie paralysés, de la parole articulée.

Observation XXIV.

Bri..... Alphonse, cordonnier, âgé de 47 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 15 novembre 1873.

28 *novembre* 1873. — Démence paralytique : affaiblissement considérable des facultés intellectuelles et de la mémoire; il est fils d'un général; tremblement musculaire général; difficulté de la parole.

19 *septembre* 1875. — Faiblesse musculaire considérable : le malade, qui ne peut marcher, garde continuellement le lit. Gâteux.

Les mouvements de la langue sont limités.

Les mouvements des lèvres paraissent ne s'exécuter qu'avec une extrême difficulté; les moitiés gauches sont plus mobiles que les moitiés droites.

La lèvre supérieure est pendante.

Les mouvements de ces organes sont accompagnés de contractions fibrillaires et quelquefois de la répétition incomplète de ces mêmes mouvements.

Ce malade parle en tenant les arcades dentaires très-rapprochées l'une de l'autre, avec une *extrême lenteur* et en *traînant* fortement sur les voyelles : « *ou-i i i i i* »; « *i-ci i i i i i*.... ».

Il existe, dans les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, des contractions continuelles, mais qui ne vont pas jusqu'au grincement de dents.

Observation XXV.

Sal..... François, cordonnier, âgé de 40 ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard le 10 septembre 1874.

24 *septembre* 1874. — Démence paralytique : affaiblissement considérable des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées incohérentes; difficulté de la parole.

25 *novembre* 1875. — Difficulté de la marche. Gâteux.

Il n'existe pas de lésion appréciable dans la motilité de la langue.

Les mouvements des lèvres se reproduisent avant, pendant et après la prononciation. L'ataxie est très-marquée.

La lèvre supérieure est pendante.

Ce malade, qui parle en tenant les dents rapprochées, et avec une lenteur très-marquée, *saute*, *répète*, ou prononce incomplétement certaines syllabes, surtout celles dans lesquelles existe une consonne labiale ou labio-dentale : « *on ne tra va va va va a a-pas* », pour « on ne travaille pas »; « *jé pe pe parle-ien* », pour « je parle bien ».

LÉGISLATION

QUESTIONS

relatives aux articles 14, 20, 29, 30, 41, de la loi du 30 juin 1838.

Par le Dr Henry BONNET
Médecin Directeur de l'Asile de la Roche-Gandon

Depuis plusieurs années une agitation très-grande s'est développée dans toutes les branches médicales pour ce qui a trait aux questions d'assistance, de protections administratives et de devoirs légaux. — Sans vouloir exercer de pressions illégitimes ou inopportunes, la science s'empresse d'indiquer, d'après son expérience quotidienne, les marches à suivre et les points autour desquels il faut graviter pour que des amoindrissements d'aucune sorte ne se produisent et pour que la vraie conservation de toutes choses s'accentue de plus en plus.

Une grande justice devra être rendue par tout esprit impartial à cette partie des sciences médicales, la science mentale, dont quelques-uns ont eu, jusqu'à ce jour, le dépôt; c'est que, depuis la réforme du commencement du siècle, tous les spécialistes ont lutté d'efforts pour fermement garder les points acquis, pour sauvegarder les jurisprudences administratives, pour se tenir l'arme au bras devant les exécutions de la loi, et pour résister dans la mesure de leurs moyens à certaines doctrines extérieures, à des empiétements préjudiciables aux progrès accomplis et à la légitime stabilité des choses.

Il est un fait malheureusement trop certain, c'est que, malgré tout le zèle et les assiduités de notre science spéciale, le monde ne veut pas se rendre compte des véritables conditions utilitaires. Le monde extérieur est ainsi constitué qu'il se trouve fort heureux de trouver des établissements pour le servir et pour protéger tous droits ressortissant aux intérêts individuels et sociaux; il est heureux de trouver, pour lui être profitable et pour lui donner tous les conseils pratiques, des hommes mûris dans le métier; mais, par un phénomène inverse qui tient à l'ignorance, à la légèreté, aux inconséquences de raisonnement, à l'égoïsme, à la cupidité, aux défauts de sentiment, le monde malmène un beau jour ceux qui ne l'avaient point demandé et qui, par devoir, s'étaient empressés de le servir. A ce moment, il se déchaîne avec une indicible ardeur contre les hommes et les choses qu'il avait primitivement comblés de son encens.

Devant les hypocrisies diverses, devant les subtilités et les subrepticités de sentiments, devant certains désirs malsonnants des familles, devant les intromissions d'hommes d'affaires malencontreux, qu'avec répugnance la magistrature est obligée de suivre, il est nécessaire que notre administration spéciale se pénètre toujours de ses devoirs, de ses droits et de ses moyens; il est rigoureux qu'elle ne permette, pour la conservation des choses, aucun agissement sur son territoire, contraire aux vraies expressions de la loi et des règles administratives.

Les faits que je vais soumettre vont surabondamment prouver que, depuis 80 ans, la science mentale a travaillé, travaille, a cherché et cherche toujours à faire entrer dans l'esprit du public toute son économie. Ils donneront également la preuve que la loi n'a jamais été étudiée, après les quarante ans de sa promulgation, et que toutes les circulaires administratives, dont les philosophies sont pourtant saisissables, n'ont pénétré nulle part.

En France — c'est fort triste à dire—il semble, à mesure que les progrès veulent se réaliser, qu'on ne doive rechercher que ses appétits ou son sentiment en dehors de toutes choses dûment réglées. — Les rapports que je reçois de l'étranger me prouvent qu'on est beaucoup plus solidaire vis-à-vis des uns et des autres que chez nous; ils me prouvent que le public sait mieux.

Ici, le monde — quel que soit son degré supérieur — veut bien nous accepter, sans toutefois nous comprendre, lorsqu'il a besoin de nous.

Alors — chose bizarre — il paraîtrait qu'il sent que nous ne considérons plus les fous comme les fous de jadis, et que nous voyons en eux des malades ordinaires. Cela ne dure qu'un moment de la part du monde, et bientôt vous verrez que pour telle ou telle raison, souvent sans avoir cette raison, ayant parfois un motif et ne se reportant qu'à la routine ancienne ou à des éléments préconçus d'égoïsme et d'intérêt, il brise l'autel qu'il vient d'élever.

Au premier comme au dernier degré de l'échelle sociale, notre science et notre économie que l'expérience affirme chaque jour, ne rencontreront et ne pourront rencontrer que les mêmes êtres. L'éducation différencie; mais le fond est le même.

Le véritable sentiment de la famille s'abaisse; la famille s'abandonne peu à peu. Il y a chez elle, à part de belles exceptions, une dénutrition qui fait que ses éléments se désagrégent insensiblement. — Les appétits ont remplacé le sentiment; la voix du cœur s'est amoindrie ou a disparu.

Dès lors, chef d'établissement, ayant un rôle exceptionnel, vous ne pouvez que chercher à introduire vos légitimes sensations dans l'entendement de ceux qui se présentent à vous.

Naïvement, on le fait; mais, on n'est pas écouté. — On se trouve en face d'embarras de toute sorte, de réclamations

inopportunes et illégitimes. — La patience voudrait s'épuiser; mais, la patience ne le peut parce qu'on a une fonction et des devoirs à remplir et qu'il faut cent fois de suite répéter les mêmes conseils à des gens qui ne veulent que se conformer à l'esprit des dieux d'Israel; et toujours, il faut avoir de la patience; et toujours, il faut rester impassible devant son devoir, mais en ayant devant soi la parole menaçante du Dante : « Lasciate ogni speranza. »

Si, médecins et administrateurs, nous devons être bien calmes et impartiaux devant les réclamations des familles en nous faisant un rempart de la loi et de nos justes obligations, il nous faut aussi la plus grande froideur et la plus forte prudence devant les hommes d'affaires que les familles peuvent diriger sur nous en se laissant exploiter par eux.

Sans doute, on croit être certain, d'après tous les précédents, d'avoir la loi pour soi. Mais il faut se défier des interprétations, et l'on a souvent vu les hommes les plus forts embarrassés par les attaques de gens d'affaires donnant des sens explicatifs en dissonance avec l'étroite légalité. Il faut se tenir en garde contre la pêche en eau trouble qui pourrait se produire pour nous comme pour les autres conditions de la société.

On ne saurait faire aucun crime aux magistrats trop fréquemment ennuyés et obligés de subir, sans approuver *in petto*, certaines intempérances. Pour notre science, ils comprennent les choses tout différemment qu'il y a vingt ans. Ils écoutent et, pour ma part, je ne saurais trop me louer de la faveur qu'ils ont bien voulu me donner. — Tous mes collègues, à l'heure actuelle, penseront de même que moi et diront que nous ne sommes plus dans ces temps malheureux où Georget, le véritable fondateur de la science medico-légale aliéniste, engageait ces grandes luttes dont le résultat philosophique a été si heureux pour notre profession.

Mais — j'ai le regret de l'avancer — si la magistrature

nous tient en grande considération en ce qui concerne certaines opérations de justice, principalement au criminel, s'est-elle bien véritablement rendu compte de son rôle socio-légal vis-à-vis de l'administration. Interprète-t-elle toujours bien l'esprit et la lettre de la loi du 30 juin 1838. Saisit-elle bien l'exactitude de la séparation des pouvoirs?

Assurément, elle n'ignore pas ce qu'est la loi d'exception. Dès lors, elle doit se tenir en garde et comprendre que, si d'extrêmes droits lui sont réservés, l'administration a les siens fort complets.

La loi de 1838 a été si bien faite dans le rendement de chacun de ses articles, que tous les pouvoirs ont été réservés. Si le pouvoir administratif a des agissements considérables, le pouvoir judiciaire peut tout arrêter d'un coup de main. Mais, il est utile que les plus grands tempéraments existent; il faut que l'estime, la confiance et l'entente puissent s'exercer.

La justice a droit, et à toute époque, d'invalider les placements de l'administration. — L'administration ne saurait s'en formaliser et, à mon avis, elle est même protégée dans ses agissements par ceux de la justice. — En effet, si l'administration rend, en son âme et conscience, une décision que la justice invalide, elle est dégagée par le fait. — S'il arrive des accidents ultérieurs, la justice seule est moralement responsable. — Il faut donc que celle-ci, quand elle est saisie de certains faits, s'entoure avec précaution de tous documents et prenne tous les points de vue désirables d'expertise pour arriver aux vérités qu'elle entend se créer ; il faut qu'elle prenne garde de rien dépasser.

Les deux observations suivantes prouveront que, dans un cas, le tribunal de Mayenne, pour la décision duquel j'ai le plus grand respect, a peut-être décidé trop vite. Dans l'autre, la justice a corroboré les agissements de l'administration, et l'on ne se trouve plus en face que des hommes d'affaires.

L'un et l'autre cas, mais surtout le premier, prouvent

qu'on ne s'entend pas sur l'interprétation et l'exercice de la loi.

Un point qui domine tout est celui-ci que, du moment qu'une loi existe, les hommes d'affaires cherchent à la transformer.

Ces considérations préliminaires établies, je vais raconter avec quelques réflexions des faits très-intéressants pour moi et qui, je le pense, auront aussi de l'intérêt pour mes confrères.

Observation I. — Le nommé X..., âgé de trente-neuf ans, cultivateur, est entré, le 25 août 1875, à l'asile de La Roche-Gandon. C'est sa sœur, et non son épouse, qui prend l'engagement de pension. — Le malade rentre dans la série des placements volontaires.

Le certificat de médecin qui accompagne l'engagement pris par la famille, affirme une folie religieuse et la nécessité de l'internement.

Le médecin intérimaire, chargé du service en l'absence du directeur-médecin en chef, adresse le certificat de vingt-quatre heures suivant :

« Délire général dont les manifestations remontent déjà » à plusieurs semaines, avec hallucinations de la vue et de » l'ouïe. Le désordre d'actes est multiple. — X... commu- » nique avec Dieu et la Vierge et, pour obéir à ce qu'ils » commandent, il arriverait à des propulsions dangereuses. » Il est à maintenir. »

Les dernières considérations de ce certificat « propulsions dangereuses » étaient basées sur des faits récents d'instinctivité et de violences que la famille du malade raconta au médecin au moment de l'admission.

Malgré ce que put dire la famille, il était douteux que la folie fût nouvelle et, de prime-saut, on était certain d'avoir affaire à un imbécile maniaque.

Il y a chez X... arrêt de développement organique : « Boîte crânienne à diamètre très-restreint; facies d'un

enfant; système pileux à peu près nul; dépression ogivale fort prononcée du voile du palais; atrophie testiculaire. » — Le fonctionnement des facultés devait évidemment se ressentir des vices physiques.

Les renseignements donnés par la famille elle même, et relatant des simplesses d'esprit, démontrèrent qu'on n'avait pas eu tort de poser un diagnostic à distance.

X... est marié depuis dix ans; il a eu toujours besoin d'une direction étrangère. — Sa femme qui, de toute évidence, est une *minus habens*, a de très-bons sentiments affectifs et, quoique relativement imbécile, elle a — mais avec quelles peines! — surveillé son mari tant qu'elle a pu, et son frère idiot. — A bout de forces, et en présence des agitations maniaques dangereuses du mari inquiétant la famille et la commune, il fallut que la femme se décidât à placer cet homme dans un asile, et (nous ne savons par quels motifs financiers de la famille) ce fut une sœur qui signa l'engagement de placement volontaire en recommandant (ce qui est à noter) à l'asile de se dispenser de rendre le mari à la femme et de n'écouter en rien cette dernière. Et, en effet, la sœur aurait eu raison. — X... et l'idiot de frère de son épouse trompaient sans cesse sa surveillance dans le village et se livraient à des désordres. Il eût été du reste impossible à cette malheureuse femme remplie de bons sentiments, mais n'ayant aucuns moyens à sa disposition, de les surveiller, lorsque nous-mêmes, dans un asile, nous avons le plus grand mal.—Dans son village, il lui fallait toujours rester avec ses deux hommes dénués de facultés.

X..., imbécile d'origine, devint tout à fait fou. Tout le village se plaignait de lui, et ce fut du consentement de toute la famille que l'internement eut lieu.

A l'asile, X... n'a pu être l'objet d'aucun doute. Il est imbécile à certains instants et imbécile maniaque en d'autres, avec prédominances d'idées délirantes dangereuses et d'hallucinations qui peuvent le porter à des agissements

éminemment déplorables à des moments indéterminés.

Parfois il est calme — ce qui est rare — et, tout à coup, sans que rien puisse le faire prévoir, il se livre à une exubérance causée par l'excitation mentale et les hallucinations.

A différentes reprises on a été obligé d'user de moyens de contention, permanents quelquefois.

X... présente, comme je l'ai dit, la particularité de l'imbécile maniaque avec complication d'hallucinations et de l'imbécile simple seulement. — La durée de ce dernier état est généralement très-courte. Ici, toutefois, il y a encore du désordre instinctif; le malade déchire ses vêtements, casse les carreaux... etc. — Mais, ce qui est beaucoup plus grave, quand le véritable délire maniaque avec hallucinations apparaît — et il dure relativement longtemps — une extrême violence se dessine.

X... communique avec Dieu, la Vierge, les saints, veut se faire crucifier ou tuer d'une autre façon, veut donner sa vie et est prêt à faire tout ce que Dieu, la Vierge, etc., lui commandent. — Or, l'homme le plus faible en connaissance des maladies mentales sait qu'un des plus redoutables délires est le délire religieux hallucinatif.

En résumé : 1° X... est un imbécile. — 2° L'imbécillité a vu se greffer sur elle un délire maniaque avec prédominances religieuses et hallucinations diverses. — 3° L'agitation d'actes arrive souvent au *summum*. — 4° Il est nécessaire, vu l'état de l'individu, et la faiblesse d'esprit de sa femme, vu aussi les conditions de sécurité pour la société, que l'asile soit pour lui un lieu d'élection.

Réflexions et discussion. — J'ai dit, dans l'observation, que la sœur de la femme s'opposait à la sortie; mais, le directeur ne pouvait en tenir compte puisque cette opposition ne venait pas avec celle du conseil de famille; il aurait donc rendu X... à l'épouse, si le malade avait présenté des garanties mentales suffisantes pour sa relaxation. L'épouse

réclame à outrance son mari, et le directeur se renfermant dans le dernier paragraphe de l'article 14, formule son refus en engageant à se pourvoir devant le préfet ou devant le tribunal. Il donne même les indications par écrit en disant à la personne de faire agir pour elle.

La femme est tellement simple et obstinée que nous n'avons jamais rien pu lui faire comprendre. Pendant deux mois elle n'a pas cessé, et presque tous les jours, de venir obséder de ses réclamations, en faisant du scandale. Bien que j'aie recommandé, vis-à-vis d'elle, à cause de son état mental, la plus grande douceur, il y a eu deux fois nécessité, à cause des cris, gémissements, colères, de prier la femme de se retirer. — Elle s'est adressée aux hommes d'affaires; aucun d'eux ne lui a donné de bons conseils. Enfin, ils lui ont fait faire constitution d'avoué et requête au tribunal en invoquant l'article 14. La sommation que me fait un huissier porte qu'à défaut d'obtempérer, je deviendrai passible de l'article 41. — Douze jours après, je n'avais point obéi à la sommation, attendant une procédure plus régulière.

Au tribunal on s'émut de mon refus et le procureur que je n'ai pu trop remercier de son amabilité vint me trouver en me prévenant que, depuis la sommation de l'huissier, j'avais manqué à l'article 14 et que la situation était grave pour moi; nous discutâmes, platoniquement bien entendu, lui l'article 14, et moi l'article 29, prétendant que c'était ce dernier seul que la justice devait viser. Nous ne nous entendîmes point, et il me pria de rédiger l'observation du malade en lui donnant mes appréciations légales sur nos points de séparation, et cela avant que la Chambre du conseil prît séance.

J'adressai, d'une façon tout officieuse, les réflexions suivantes :

« Dans tout le courant de l'année, mais principalement » à la fin de chaque trimestre, les directeurs ou médecins

» en chef d'asiles d'aliénés sont tourmentés outre-mesure » par les familles qui, ne s'inquiétant en rien de la sécurité » publique, de leur sécurité personnelle et de l'intérêt propre » d'un aliéné, veulent à toute force la sortie. Sous le couvert d'énormes sentiments affectifs on découvre aisément » que le seul mobile des instances est de ne plus payer la » pension. — Ce serait ensuite à l'autorité publique de s'y » prendre comme elle voudrait. — Délits, accidents quelconques, incendies, suicides, meurtre même... etc., tout » est indifférent aux familles. Dès lors, elles cherchent, *per* » *fas et nefas*, tous les moyens pour se faire rendre un » aliéné; ces moyens ne sont pas toujours, de la part de » gens d'affaires auxquels les familles se confient, d'une » honnête orthodoxie, et la magistrature est loin d'être satisfaite; mais, il faut marcher néanmoins, quitte à tout » désapprouver.

» Ah ! si le département voulait prendre à sa charge les » individus réclamés avec insistance, la majorité des familles ne dirait plus rien; on serait arrivé à son but : « ne plus payer. » — Puis, autant on avait vu naguères de » sentiments affectifs de la part des familles, autant on n'en » verrait plus. Les visites disparaissent. »

La loi du 30 juin 1838 a été fort sage. — Elle a voulu que l'autorité administrative, d'une part, et l'autorité judiciaire, de l'autre, protégeassent les droits sociaux tout en sauvegardant les droits de l'individu et les réclamations de la famille.

C'est dans ce sens que les législateurs ont rédigé les articles 14 et 29 de la loi du 30 juin 1838.

Au cas qui nous occupe il est nécessaire d'établir une limite entre deux fonctionnaires d'un ordre différent, limite qui ne doit être transgressée par aucun. — La doctrine du directeur de l'asile est complétement opposée à celle du procureur de la République et du président du tribunal; mais, le directeur ne saurait avoir la prétention de la faire

prévaloir sans jurisprudence supérieure. Il serait juste aussi que la justice ne fût pas, pour la loi de 1838 et ses exécutions un *Deus ex machinâ*. En parlant ainsi, je n'ai nulle intention blessante; j'ai simplement le désir que des obligations réciproques se tiennent chacune dans leur sphère d'action.

Je vais poser les questions de façon à ce qu'aucun doute ne puisse exister pour l'autorité administrative et pour l'autorité judiciaire.

Un individu est interné dans un asile par placement volontaire. — Après un certain temps, sa femme vient le réclamer. — Le directeur-médecin refuse à outrance, quelles que soient les demandes; mais, il a soin de dire à la femme de réclamer au préfet ou au tribunal. — La femme n'écoute rien; elle ne veut qu'une chose « reprendre d'emblée son mari ». — Dès lors, elle se met entre les mains d'hommes d'affaires qui, ne saisissant pas le sens de la loi, se reposent tous sur l'article 14 au lieu de se reposer sur l'article 29. — Un huissier fait sommation, au nom de l'article 14, de rendre l'individu. — Le directeur reçoit la sommation; mais, lui aussi, refuse en vertu de l'article 14. — Alors, constitution d'avoué qui fait requête au tribunal, toujours en vertu de l'article 14, et qui demande avec les peines édictées par l'article 41, des dommages-intérêts supplémentaires.

Je laisse maintenant place entière à la lettre que j'écrivais à l'excellent magistrat qui, tout officieusement, me signalait un péril.

« Les faits qui ont eu lieu depuis quelque temps,
» Monsieur le procureur, ont été mal menés et, si la mal-
» heureuse femme qui se trouve en ce moment aux mains
» d'hommes d'affaires eût voulu m'écouter, elle ne se trou-
» verait pas exploitée et dans la triste position où elle sera
» plus tard.

« Le placement du mari a été fait par la sœur. Néan-

» moins, le directeur de l'établissement pourrait rendre » l'aliéné à l'épouse, d'après l'article 14, à moins d'oppo- » sition formée par ascendants ou descendants appuyée par » le conseil de famille. La sœur a fait opposition à la sor- » tie; je n'ai pu en tenir compte; la femme insistant pour » avoir son mari, j'ai mis un *veto* en indiquant bien à cette » femme de s'adresser au préfet.

» Elle n'a jamais voulu le faire parce qu'elle a été cir- » convenue par des hommes d'affaires.

» Ici, Monsieur le procureur, vient se placer la grande » question sur laquelle je désirerais qu'il y eût entente entre » nous.

» L'usage administratif relatif à l'article 14 est que, toutes » les fois qu'une personne réclame un aliéné placé volon- » tairement, le médecin-directeur, s'il croit devoir refuser, » engage la personne à se pourvoir auprès du préfet et, si » elle le veut, auprès du tribunal qui est le grand contrôle » des actes administratifs vis-à-vis de la liberté individuelle » et qui est, en souverain, armé de l'article 29, tout seul.

» Quelle que soit la décision du préfet, et avant même » que cette décision n'arrive, le tribunal a toujours le droit » d'appliquer l'article 29. Il serait donc étrange qu'avec une » puissance pareille la justice voulût s'emparer d'un article » ressortissant au pouvoir administratif. — Ni préfet, ni » chef d'établissement n'ont le droit de se trouver blessés » des décisions du tribunal; la responsabilité des faits à » venir et résultant de la relaxation forcée d'un malade in- » comberait à la justice; l'administration est dégagée.

» Donc, la loi du 30 juin 1838 a armé la justice de façon » à la satisfaire et à satisfaire, en tout état de cause, aux » réclamations de liberté individuelle. Elle peut ordonner des » sorties immédiates. Mais — cela va de soi-même — si un » individu relaxé commet, le lendemain, une faute, l'ad- » ministration le ressaisit de suite. Il faut donc beaucoup » de prudence dans les décisions de pouvoir à pouvoir.

» Toutes les fois donc — et c'est le formel esprit de la » loi — que les parents de malades ne sont point satis- » faits des agissements administratifs, ils doivent directe- » ment, sans plus tarder, s'adresser au tribunal, de la » même façon que l'administration, sans s'inquiéter du tri- » bunal, a donné ses appréciations et a apposé un *veto*. — » L'administration n'ignore pas qu'il y a un recours et elle » sera toujours heureuse, dans des cas difficiles, qu'un autre » pouvoir que le sien endosse les responsabilités.

» Nous arrivons ici, Monsieur le procureur, à un point li- » tigieux et grave. Je déplorerais qu'il pût y avoir désac- » cord entre nous.

» D'un côté, vous représentez la justice et ses intérêts. — » D'un autre, je représente l'administration, et ses intérêts. » — Vous avez pensé que, si l'article 14 n'était pas mieux » exécuté, je pourrais être passible de l'article 41.

» En discutant avec moi, vous ne vous êtes arrêté que » sur ce malheureux article 14; pour choses extrêmement » graves que vous avez trouvées, c'est que, dès la première » réclamation des parents, le maire n'ait pas été averti par » le directeur. Puis, il suffirait qu'un huissier vînt faire » une sommation pour qu'à l'expiration de la quinzaine le » directeur, s'il n'y a pas fait droit, fût passible des péna- » lités de la loi. »

A ce dernier point je réponds de suite qu'un huissier ne remplace pas le préfet et que les mots « expiration de quinzaine » de la loi sont sous la juridiction entière du préfet.

« Pour ce qui s'agit de ne pas avoir averti le maire, je » vous répondrai, Monsieur le procureur, que les choses ne » se sont jamais passées ainsi en administration, et que » c'est à la partie lésée à se plaindre.

» Entre vous et moi existe ce différend :

» 1° Est-ce au directeur, d'après l'article 14, à avertir le » maire ?

» 2° Est-ce à la famille?

» Vous résolvez, Monsieur le procureur, la question sous » le n° 1. — Moi, je la réponds d'après le n° 2. — Or, le » n° 2 est le numéro de la partie lésée, et c'est toujours, en » tout droit commun, une partie lésée qui doit se plaindre.

» Du reste, pour le moment, notre discussion n'est que » platonique. Vous avez sur l'article 14 une interprétation » contraire à celle exercée par l'administration depuis » nombre d'années, et je n'ai pas à rechercher plus qu'il ne » faut, si vous avez raison. — Mais, il est un point plus dé- » licat sur lequel je vous demanderai la permission res- » pectueuse de vous arrêter.

» La loi du 30 juin 1838, loi d'exception, est une loi es- » sentiellement administrative et d'intérêt hospitalier. — » Lors de sa confection, plusieurs membres des Chambres » cherchèrent à l'établir comme loi judiciaire. Ils ne purent, » et il fut démontré que la chose était impossible. Mais, il » était néanmoins nécessaire, à tous égards, que le pouvoir » judiciaire eût un contrôle d'une certaine mesure. Cette » mesure lui a été largement accordée par l'article 29 sur le- » quel viennent se reposer les dispositions pénales de l'ar- » ticle 41. Si les chefs d'établissement ne se conforment » pas aux articles prévus.

» L'article 14 n'a jamais été compris dans les dispositions » pénales de l'article 41. — Il est oublié, et le législateur l'a » fait à dessein. — Il l'a fait à dessein parce que l'article 14 » est un article purement de droit administratif et parce » que l'article 29 peut toujours devancer ou annuler ses » effets.

» L'article 14 donne des droits incontestables à la fa- » mille d'un aliéné ; mais, dans l'intérêt de la société, il » donne un *veto* à l'autorité administrative.

» L'autorité judiciaire ne doit, en aucune façon, s'occu- » per comment l'administration de l'intérieur exerce cet » article et quelle en est la procédure administrative. —

» Elle a toujours, ainsi que les familles, son épée de Damo-
» clès dans l'article 29.

» Si les chefs d'établissement manquent à l'article 14,
» c'est à l'autorité administrative, seule, d'en connaître et
» de donner une infliction de blâme sans préjudice de
» peines plus graves. — L'article 14 étant un article pure-
» ment administratif, il n'appartient pas à l'autorité judi-
» ciaire de l'exercer sous peine d'entrer dans le domaine
» administratif et de porter atteinte aux grands principes
» organiques de notre société qui ont nettement établi la
» séparation des pouvoirs. — Déjà, dans son commen-
» taire sur les établissements de bienfaisance, Durrieu a
» nettement établi, et en deux mots, que l'article 29 cor-
» rige les résultats de l'article 14 si les familles et la justice
» justice n'éprouvent point de satisfaction des décisions
» prises par les autorités administratives.

» Ainsi, Monsieur le procureur, l'article 14 regarde ex-
» clusivement le préfet, et la justice ne doit jamais viser que
» l'article 29. — On ne saurait qu'énergiquement protester
» contre une requête d'avoué procédant, au nom de l'ar-
» ticle 14, requête qui, admise par le tribunal, entraîne-
» rait la peine édictée par l'article 30 visant l'article 120
» du Code pénal. » — « Or, je le répète, le fait d'avoir
» résisté à une sommation d'huissier pendant quinze jours
» ne constitue pas une violation de l'article 14; en aucun
» cas, un huissier ne peut se substituer à l'autorité du préfet,
» et l'article 30 n'édicte une peine que si l'on n'a pas obéi à
» l'article 14 *dès que la sortie aura été ordonnée par le préfet.*
» — Encore faudrait-il, à mon avis, en ce dernier cas, que
» le préfet jugeât convenable, vu la gravité de la faute, de
» saisir la justice. Je ne crois pas que celle-ci devrait d'elle-
» même agir sans la référence administrative. »

Comme je l'ai dit, en commençant, la discussion entre le procureur et moi ne pouvait être que platonique et nos excellents rapports mutuels ne pouvaient souffrir de diver-

gences d'état. Cet honorable magistrat finit par partager entièrement mon avis et il pensa justement qu'en agissan d'après l'article 14 le tribunal pourrait amener des dissentiments regrettables entre deux administrations voisines.

J'attendis le résultat des déterminations du tribunal. Je fus fort étonné, et chacun de mes confrères le sera comme moi, en se reportant à l'observation de l'aliéné X..., d'apprendre que le tribunal ordonnait la sortie immédiate. Un huissier vint me sommer, et je dus obéir. — Mais le tribunal, je ne sais pourquoi, n'a visé que l'article 29 et est resté muet sur la requête de l'avoué pour l'article 14.

Chose curieuse, dans un cas très-délicat! — Je n'ai pas été entendu par le tribunal; ni président, ni juges ne sont venus à l'asile voir l'aliéné; aucun expert n'a été nommé pour examiner l'individu. Néanmoins, en Chambre du conseil, il fut décidé que l'individu devait sortir. Par un imprudent oubli des plus regrettables, et dont je n'ai pas à rechercher la cause, mon observation n'avait même pas été vue.

Il résulte évidemment du jugement les trois points suivants :

« 1°. — L'administration n'est pas responsable de ce que » la justice renvoie à la famille un individu dangereux pour » lui-même et dangereux pour les autres à moments indé- » terminés.

» 2°. — Si l'aliéné commet un délit ou un crime, doit-il » être considéré comme aliéné puisque l'ordre juridique » immédiat de sortie comporte vis-à-vis de lui un interne- » ment arbitraire ou inopportun?

» 3°. — Si l'aliéné imbécile de naissance a des enfants » avec sa femme également imbécile, le conseil général » devra pourvoir aux besoins de la petite famille. — C'est » une décision virtuelle du tribunal. »

J'ai voulu, pour me rendre compte entièrement des choses et savoir ce que j'aurais à faire si un cas semblable se pré-

sentait, avoir l'avis d'un homme important, et j'ai consulté un avocat très-considérable de Paris. Je ne saurais rapporter ici sa longue consultation ; on me permettra de la résumer en substance :

» Vous avez eu raison d'interpréter les articles 14 et 29 » de la loi du 30 juin 1838 comme vous l'avez fait. — Il » est bien clair, et cela ne se peut contester, que l'article 14 » est entièrement administratif et que, si un chef d'éta- » blissement y manque, il appartient seulement à l'autorité » administrative de lui donner un rappel à l'ordre, une in- » fliction disciplinaire au besoin, ou d'appeler l'attention » de la justice sur l'article 30. Il semblerait excessif que la » justice se saisît d'emblée de cet article sans connaître les » intentions de l'administration. »

« Il est évident que c'est à la partie lésée ou qui se croit » lésée de se plaindre. Si elle ne veut pas s'adresser au pré- » fet, elle ne peut invoquer auprès de la justice que l'ar- » ticle 29. Celle-ci a toujours le droit, mais je le trouverais » un peu dur comme forme, de prévenir le préfet dans » l'article 14. »

« Une demande verbale de la famille ne peut être con- » sidérée comme un commencement d'agissement admi- » nistratif ou judiciaire. »

« S'il y a sommation d'huissier, comme au cas présent, » d'après l'art. 14, il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Le délai » de quinzaine ne court que devant le préfet. »

« Un avoué faisant requête d'après l'article 14, le tribu- » nal ne doit jamais viser que l'article 29. »

« Si le tribunal, dans le cas où un chef d'établissement » aurait failli par ignorance, négligence..., etc. à l'article » 14, se saisissait d'emblée de l'art. 30 pour l'appliquer à » l'art. 14, il empiéterait sur les décisions administratives » et leur recours devant lui. Il porterait atteinte au prin- » cipe de la séparation des pouvoirs. »

« Dans ce cas, et en supposant qu'un chef d'établisse-

» ment fût attaqué correctionnellement, il n'y aurait qu'à » faire plaider l'incompétence. »

» Si le tribunal passait outre, et s'il jugeait au fond, il » faudrait former appel et, en même temps, saisir le Con- » seil d'Etat. »

Tous ces faits, je le crois, doivent être d'un grand intérêt pour mes collègues et pour les lecteurs des *Annales*, car ils embrassent une large question qui, pour les administrateurs et les médecins, est d'obédience quotidienne.

J'arrive à la seconde observation.

La décision du tribunal de Mayenne avait mis les hommes d'affaires en appétit. Ils s'étaient dit qu'un premier jugement devait fatalement constituer une jurisprudence irrévocable. — Mais, *non bis in idem*.

Une honorable, mais ignorante famille, a été indignement exploitée ; au lieu de suivre les conseils de l'administration, elle a écouté les gens d'affaires dont elle a été complétement la dupe. Voici d'abord l'observation du malade.

Observation II. — Le nommé X.... est entré à l'asile le 3 septembre 1875. — Le placement est volontaire et fait par la femme. — Le certificat de médecin qui accompagne l'entrée déclare que l'individu est atteint d'aliénation mentale avec hallucinations et qu'il est urgent que le malade soit admis dans un établissement spécial.

De nos renseignements personnels il appert qu'il y a un an, X.... se trouva pris d'une fièvre typhoïde intense, dont la convalescence a traîné en longueur. Le rétablissement de l'organisme n'a jamais été complet, et les facultés dépréciées n'ont pas eû le réveil auquel on pouvait s'attendre. — Les fonctions digestives ont été maintes fois troublées ; il y a eu de l'inappétence, des bizarreries, des perversions du goût, des intolérances stomacales. Le penchant à la boisson s'est dessiné et une intoxication lente, mais certaine, agissant, quoique par doses peu fortes, sur un individu déjà

très-affaibli, semble avoir été la cause déterminante de l'état remarqué au commencement d'août. — Le délire alors est survenu avec extrême agitation et danger pour tout le monde. (*Note textuelle de la famille.*)

Puis, un état circulaire, une double forme se produisit, qu'on verra toujours s'entremêler. — A côté de l'agitation paraissent une nuit profonde des facultés, refus de manger, mutisme avec alternances d'incohérences portées au sommum sans apparition d'actes.

Le certificat de 24 heures constate des hallucinations de la vue et de l'ouïe, du délire religieux, des tendances à des propulsions violentes. Le malade adresse souvent des menaces à des êtres imaginaires.

Le même état persévéra jusqu'en décembre avec des alternatives de calme relatif et d'excitations graves, nécessitant des calmants, des bains très-prolongés et des moyens de contention.

En décembre, une modification semble s'opérer. Mais, le malade, scrupuleusement suivi, offre de nouveau des caractères mentaux qui arrêtent un pronostic favorable. — On découvre des conceptions délirantes de persécution, d'empoisonnement, des pensées de suicide et des propulsions instantanées devant quoi l'attention doit se tenir en éveil. — Ses sœurs sont derrière le mur du quartier, un de ses frères est sous la porte de la salle et, pour ce motif, il reste auprès afin d'observer; un autre de ses frères est sur le toit de l'établissement; il a un millier d'enfants au ciel et trois près de lui. — Il est souvent gâteux. — Enfin, l'état chronique est formel. On saurait difficilement compter sur une réaction avantageuse, et il est à craindre que la dissolution totale des facultés, la démence en un mot, n'apparaisse bientôt.

Au milieu de décembre, la famille réclame la sortie sans spécifier d'autre motif qu'une grand'mère très-malade tenant à voir son petit-fils avant de mourir. — Le directeur

refuse à tous égards la sortie, et conseille de s'adresser au préfet. — La famille se place entre les mains d'un avocat. Le préfet est saisi et il lui est fourni, sur sa demande, un certificat exprimant les phénomènes psychologiques indiqués plus haut. Il y est spécifié que les écarts d'actes du malade demandent une surveillance des plus attentive et qu'ils donneraient des craintes très-sérieuses, si l'individu était dans la vie extérieure. — Le préfet conclut à la maintenue de l'internement.

En janvier, nouvelle insistance de la famille. — Le préfet charge le sous-préfet de faire enquête et de l'éclairer. — Le sous-préfet se transporte à l'asile et se met en communication avec le malade qu'il examine longuement.

Le 15 janvier, le sous-préfet envoie au directeur de l'asile la lettre suivante : — « Monsieur le Directeur, j'ai l'honneur » de vous informer que M. le préfet a rejeté la demande du » sieur X...., de Placé, à l'effet d'obtenir la sortie de son fils » Julien X...., admis à l'établissement des aliénés par pla- » cement volontaire du 3 septembre 1875. Je vous prie de » vouloir bien en informer le sieur X... »

L'état du malade n'a point varié depuis lors ; mais, il est tangible que les excitations vont diminuer et que la démence, même stupide, va s'offrir.

Réflexions. — Comme je l'ai dit plus haut, les hommes d'affaires de Mayenne étaient tenus en appétit par une première décision du tribunal faisant l'objet de la première partie de ce mémoire. — Dans ce cas, un certain avocat n'a pas agi avec ce profond tact, cette éminente honnêteté qui faisaient jadis appeler l'illustre Paillet l'avocat des bonnes causes.

Quand la famille, au bout de deux mois de placement, vint à toute force réclamer son membre, je lui fis remarquer l'état délirant excessif ; la famille ne voulait rien entendre ; elle réclamait à outrance. Je vis ce qui se passait dans son esprit et, sans être invité par elle, je lui donnai le conseil,

dans le cas où elle ne pourrait plus payer, de s'adresser au préfet pour se faire dégrever de la pension en tout ou en partie. — Mon observation jeta un grand froid dans la famille, qui se contenta seulement de s'adresser au préfet pour demander la sortie.

Il va sans dire que l'avocat qui était venu me demander conseil pour savoir comment il fallait s'y prendre n'a rien fait de ce qui était utile. S'il eût voulu m'écouter, et son intelligence s'y prêtait fort bien, il aurait fait faire une demande de dégrèvement au lieu de faire faire une demande de sortie.

Mais, je le répète, la première affaire mettait en appétit, et il faut bien que les avocats, les avoués et les huissiers puissent vivre.

Ici, l'article 14 a été très-bien exécuté. — La famille, après procédure régulière devant le préfet, n'étant pas satisfaite de la décision de ce magistrat, va retrouver son avocat, probablement.

Comment les hommes d'affaires qui côtoient le tribunal ont-ils raisonné? Je l'ignore, mais, on verra une fois de plus qu'ils ne connaissent pas le premier mot de notre loi et de notre économie spéciale hospitalière.

Dans l'observation précédente, un avoué me fait faire sommation d'huissier au nom de l'article 14.

Dans celle-ci, un autre avoué me fait faire sommation d'huissier au nom de l'article 20.

« *Risum teneatis.* »

J'ai tenu en respect cette dernière sommation qui est véritablement trop drôle, et j'ai attendu — ce qui est plus sérieux — le tribunal.

Un rapport a été demandé par le ministère public et le tribunal, après examen approfondi, et agissant d'après l'article 29, ordonna la maintenue de l'aliéné à l'asile et ratifia la décision préfectorale.

Malgré cela, la famille vint de nouveau réclamer. Sur

le refus persistant, et d'après les conseils des hommes d'affaires, elle en appela à la Cour d'appel d'Angers du jugement du tribunal de première instance. La Cour d'appel ratifia la sentence des premiers juges.

Peu de temps après, la famille vint me voir en me disant qu'elle ne pouvait plus payer la pension. Je l'engageai à faire une demande en dégrèvement au préfet, et je lui fis remarquer qu'elle aurait dû suivre le conseil que je lui avais donné trois mois auparavant, au lieu de se laisser dépouiller par les hommes d'affaires. — La famille ne le fit pas encore. Toujours mal conseillée, elle voulait reprendre de gré ou de force son membre. Elle signifia qu'elle ne solderait pas sa pension. — Dès lors, une sommation lui est envoyée et, ce qui prouvait bien comme elle était mal entourée, l'avocat dont j'ai parlé plus haut eut l'audace de se présenter à mon cabinet, en me signifiant que je n'avais pas le droit d'agir ainsi. Je jugeai, tout d'abord, convenable de lui faire observer que le receveur d'un asile a, pour ses recouvrements, les mêmes droits que les percepteurs, et je l'engageai dans son intérêt à étudier les lois et instructions de finances et de parcourir le Mémorial à ses moments perdus; je dus ensuite le prier très-parlementairement de ne pas s'ingérer plus qu'il ne fallait dans mes affaires.

Il résulte de ces deux observations ce que je disais au commencement de ma lettre au procureur. — Tous les désagréments survenus ne reposent que sur une question d'argent et non pas sur l'intérêt familial porté à un aliéné.

Dès le début de l'entrée du malade, on avait conseillé à la famille de se faire dégrever. Elle ne l'a pas fait et voulait, quel que fût l'état de son membre, le ravoir. Et, en effet — je l'ai su depuis —, sa sortie était demandée pour deux motifs : 1° Ne plus payer; 2° Arranger des affaires avec un aliéné qui, à l'asile est protégé par le membre de la Commission de surveillance, administrateur de ses biens.

En tout état de choses, j'ai eu raison d'opposer devant tout les plus énergiques résistances, tout en me maintenant dans la légalité.

J'ai cru devoir communiquer à mes confrères de la science mentale ces faits intéressants, et je ne doute pas de leur communion d'idées avec moi.

Je crois également qu'on partagera les opinions que j'ai développées relativement à la loi de 1838. On a pu voir, du reste, dans le courant du travail, qu'après des hésitations, le tribunal s'est toujours rendu à l'article 29.

Société médico-psychologique.

Séance du 26 *juin*.— Présidence de M. Dumesnil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A la suite de la lecture du procès-verbal, M. Fournet demande la parole.

M. Fournet. Le procès-verbal présente l'incident introduit par M. Motet et poursuivi par M. Lunier, sous un jour qui n'est pas exact et que je ne saurais accepter. Par exemple, il me fait reconnaître que j'ai changé le titre de mon discours sur la folie avec conscience, dans le tirage à part que j'en ai fait; cela n'est ni vrai, ni juste : je n'ai pas pu changer un titre qui n'a pas existé et qui ne pouvait ni ne devait exister. La Société avait mis à son ordre du jour cette question : *de la folie raisonnante*. Je suis entré dans la discussion, comme chacun de nous, sous ce titre commun; mais j'en suis sorti avec une solution différente de celle de la plupart de nos collègues; cette solution particulière appelait nécessairement, sur un tirage à part, un titre particulier qui reflétât cette différence. Dans tout le cours de mon travail, je distingue nettement, scientifiquement entre l'*insanité* et la *folie*, entre l'état encore conscient et l'état absolument inconscient; cette distinction, d'abord en préparation, est ensuite en expression claire, précise, raisonnée, à chaque page de mon travail; elle conduit logiquement, nécessairement, à cette formule finale : la folie dite avec conscience n'est pas une vraie folie et n'en saurait avoir les conséquences morales et légales. C'est cette formule, sortie des entrailles mêmes de mes analyses scientifiques, qui est devenue et qui devait devenir mon titre; elle est comme la graine de cette végétation logique, elle est le nom propre, le nom patronymique de mon travail, qui a le droit et le devoir, comme toute personne et toute chose, de s'appeler de son nom propre, du nom qui exprime sa nature. La science ne serait qu'une Babel, hors de là.

Le même sentiment malheureux qui a fait éclipse à cette vérité et à cette justice, s'est égaré jusqu'à dire que ce titre compromettait la Société. Une société de science ne peut être compromise que par l'erreur et la partialité. En tant que so-

ciété, représentée par son nom et ses statuts, elle ouvre le champ des recherches; elle respecte et protége l'autonomie scientifique de chacun de ses membres; elle sait que la vérité ne peut sortir que du libre débat des opinions contradictoires; mais ces *opinions contradictoires* ne sauraient l'engager, elle, qui est *unité*. C'est là la part et la responsabilité de ses membres; sa part et sa gloire à elle, c'est la vérité finale, *une* comme elle-même, qui pourra sortir du débat. Toute société académique déclare en tête de sa publicité, qu'elle n'est engagée par aucune opinion particulière; ce ne sont là que des individualités dont elle seule est l'espèce; c'est une sorte de famille dont elle est la mère, également juste pour tous ses enfants. C'est l'État, couvrant également tous les citoyens, toutes les croyances honnêtes de la protection légale, et se gardant avec soin de toute adoption exclusive de l'une d'elles; adoption exclusive qui deviendrait de l'hostilité contre les autres, et aboutirait au despotisme; despotisme encore plus inexcusable en science que partout ailleurs. C'est à son président qu'une société confie cette haute conception de son rôle, et cette délicate mission de faire naître la vérité du sein de la justice. Cela dit, je prie la Société d'agréer l'hommage affectueux que je lui fais d'un exemplaire de mon tirage à part.

M. Lunier vient d'ajouter, sous l'empire des mêmes sentiments, que ma réponse ne ferait qu'accentuer sa réplique, que je n'en avais pas moins changé le titre de la Société contre mon titre à moi, que d'ailleurs j'avais fait encore quelques autres changements dans mon tirage à part, par exemple produit des arguments nouveaux restés par là même sans réponse, et qu'à défaut de la Société, il saurait bien m'empêcher de faire de nouveaux tirages à part dans ces conditions. Ce sont là ses propres paroles, dont je prends acte. Je ne crois pas avoir besoin de répéter ici que l'ordre du jour de la Société, ainsi formulé : *de la folie avec conscience*, n'était pas et ne pouvait pas être un titre doctrinal, mais un simple texte de discussion, qui impliquait la recherche et non l'adoption anticipée d'une doctrine. Quant au titre ou nom que j'ai donné à ma solution personnelle du problème, si je l'avais changé, ce qui n'est pas, pour en faire une expression plus exacte de cette solution personnelle, je n'aurais fait que mon devoir d'homme de science. C'est le même devoir que j'ai rempli, au moment de mon tirage à part, en corrigeant quelques incorrections, en rendant moins imparfaits et par conséquent plus

dignes de la Société, certains passages de mon manuscrit primitif, par exemple en rectifiant des fautes d'orthographe qui avaient échappé et au prote et à moi. Mais il n'a pas été ajouté une idée au fond doctrinal du travail ; il n'a été fait aucun changement d'expression de nature à modifier ce fond doctrinal, c'est-à-dire l'esprit de mon travail. Quant à des arguments nouveaux en faveur de ma thèse, produits hors de la discussion publique pour qu'elle ne pût y répondre, c'est autant l'opposé de la vérité que de mon caractère qui a toujours et partout appelé le libre examen, la loyale discussion. La partie de mon travail où je rapporte les objections et mes réponses, est le résumé fidèle de la discussion publique, telle qu'elle est dans nos comptes rendus.

C'est vraiment me faire plus d'honneur que je n'en désire, que de me poursuivre et de poursuivre en moi la vérité et le droit commun, à propos d'un tirage à part fait dans les mêmes conditions que tout le monde, et qu'on n'a jamais eu l'idée de reprocher à personne. On est hors de toute mesure en m'annonçant des interdictions à venir. Un traité synallagmatique du 5 janvier 1863 attribue à la Société dix-huit feuilles, caract. n° 8, des *Annales*, contre une subvention annuelle de 450 fr. Le droit de tirage à part et à ses frais, pour chaque auteur, en est une conséquence, utile d'ailleurs aux vulgarisations de la science et à l'expansion de la Société. C'est affaire entre l'auteur et l'imprimeur des *Annales*, et personne autre que la loi n'a le droit, sous un titre ou un prétexte quelconque, de s'interposer entre l'auteur et la publicité de son œuvre ; mais je saurai défendre en ma personne la liberté de chacun de nous ; ou plutôt on ne fera pas ce que la Société réprouverait.

M. Lunier. — Malgré les observations que vient de faire M. Fournet, je persiste dans l'opinion que j'ai exprimée dans la dernière séance. Je crois que la Société ne peut pas permettre de faire, dans un tirage à part d'une communication faite à l'une de ses séances, des modifications et des changements dans le corps et même dans l'esprit du travail, comme l'a fait M. Fournet.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les derniers numéros de la *Tribune médicale* ;

2° *L'Année médicale, journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados*;

3° *Bolletino del privato manicomio Fleurent a Capodichino in Napoli*;

4° *L'Art dentaire*.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait hommage à la Société d'un travail publié par lui dans la *Gazette médicale de Paris*, sous le titre de : *Lettre sur l'enseignement clinique des maladies mentales*. Il a voulu, dans ces pages, protester contre les mesures regrettables, prises par l'administration, et qui ont eu pour but de fermer la bouche aux médecins aliénistes des asiles et hospices du département de la Seine.

M. DAGONET, qui s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance, fait hommage à la Société de son *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. Une lettre de remerciement sera envoyée à l'auteur.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Morselli, aide de clinique à l'Université de Florence, par laquelle il remercie la Société médico-psychologique du titre de membre correspondant étranger qu'elle lui a décerné.

Question du local de la Société.

M. LUNIER. — Suivant le vœu exprimé par la Société, je me suis occupé des conditions auxquelles nous pourrions obtenir le local de la rue de l'Abbaye, où siégeait autrefois la Société d'anthropologie et qu'occupent encore aujourd'hui la Société de chirurgie et plusieurs autres sociétés médicales. Je me suis, à cet effet, adressé à M. le docteur Guyon, secrétaire de la Société de chirurgie, qui m'a répondu qu'il nous serait facile d'obtenir pour nos séances le local de la rue de l'Abbaye aux mêmes conditions que la Société d'hydrologie.

M. MOTET. — Certains membres ayant émis l'idée de tenter quelques démarches pour obtenir le local actuel de la Société d'anthropologie, situé à l'école pratique de la Faculté de médecine, M. Lasègue a exprimé officieusement ce désir à M. Broca, qui lui a répondu que la solution de cette question ne soulèverait sans doute aucune difficulté.

M. LUNIER préférerait cette dernière combinaison. Dans le local de la rue de l'Abbaye, en effet, il n'y aurait aucune place pour l'installation de la bibliothèque, tandis que, à la Société d'anthropologie, qui occupe un local très-spacieux, on obtien-

drait peut-être quelques armoires pour les livres et les collections de la Société médico-psychologique. A cause de ces avantages, il serait donc important de poursuivre les négociations commencées.

M. Motet. — Il résulte des termes mêmes de la lettre que m'a écrite M. Lasègue, que la question est en bonne voie et ne souffrira aucune difficulté.

M. Baillarger et M. Dally verraient dans cette combinaison de grands avantages. Les études des deux sociétés sont, pour ainsi dire, congénères; aussi leurs musées et leurs bibliothèques se trouvant dans le même local profiteraient aux membres de l'une et de l'autre société.

Quelques membres ayant soulevé la question d'argent, M. Lunier fait observer que la Société devra nécessairement contribuer aux frais d'éclairage et donner une indemnité pour les garçons de bureau, mais que ces dépenses seraient peu importantes au local de la Société d'anthropologie.

M. Bourdin propose alors qu'on continue les démarches commencées et M. le Président clôt la discussion en invitant les commissaires, désignés par la Société, à terminer les négociations.

Suite de la discussion sur les signes physiques de la folie raisonnante.

M. Falret désire ajouter quelques mots pour élucider un des points de la question qu'il a soulevée. Les termes employés dans la discussion, folie raisonnante, monomanie avec conscience, sont imparfaits, incomplets; ce sont des expressions vagues s'appliquant à des états souvent bien différents. Aussi en ne se plaçant plus à un point de vue exclusivement clinique, mais en étudiant la question de classification, deux points principaux sont à considérer. Le premier point est celui qui a surtout préoccupé les orateurs qui ont pris part à la discussion. Presque tous, en effet, ont admis que la folie raisonnante est caractérisée par des signes physiques constants et des signes physiques variables. Les signes physiques constants sont les signes des folies héréditaires de Morel; ils sont constitutionnels et ne s'effacent jamais. Quant aux signes variables, ils se présentent aux périodes diverses de la vie: ce sont, par exemple, à l'époque de la puberté, les anomalies fonctionnelles des organes génitaux et, plus tard, des accidents con-

gestifs souvent passagers. Tout ce côté de la question a été traité par différents orateurs et surtout par M. Legrand du Saulle.

Mais il y a un second point très-important, qui a été passé sous silence. C'est le rapport existant entre les folies raisonnantes et les arrêts de développement intellectuel, l'imbécillité, l'idiotie, etc. C'est là une question clinique importante, sur laquelle il est utile d'insister. En établissant un parallélisme entre ces deux formes, on trouve une ressemblance non-seulement au point de vue de la sémiologie psychique, mais encore au point de vue des signes physiques. De même que chez les imbéciles, les idiots partiels, on trouve des développements partiels de certaines facultés, même certaines aptitudes spéciales pour certains arts, pour la musique par exemple, de même aussi chez les aliénés raisonnants à forme héréditaire, il existe un certain développement des facultés, bien que l'intelligence soit affaiblie au fond et qu'il y ait surtout une infériorité manifeste de tout le côté moral de l'homme, une absence complète de bienveillance, de vénération, etc. On voit donc qu'au point de vue psychique, la folie raisonnante se rapproche de certaines formes de l'imbécillité.

Mais ce rapprochement peut se faire aussi au point de vue des signes physiques. En effet, dans les deux catégories de malades, on rencontre des asymétries de la face, des arrêts de développement partiels, etc. Chez les imbéciles et les faibles d'esprit, de même que chez les fous raisonnants, on observe, à l'époque de la puberté, des accidents choréiformes, des attaques congestives, des altérations des organes génitaux et principalement des perturbations des fonctions de ces mêmes organes, sur lesquelles M. Legrand du Saulle a donné de si intéressants détails dans une des dernières séances. Cet état morbide dure toute la vie et l'on peut dire de ces malades, que les uns marchent vers la folie raisonnante, tandis que les autres aboutissent à l'imbécillité et à l'idiotie.

L'analogie de ces deux formes peut encore se constater même après la mort; à l'autopsie, on trouve des lésions méningitiques plus caractérisées que chez les maniaques. M. Falret conclut qu'il faut par conséquent placer la folie raisonnante au bas de l'échelle des maladies mentales, la détacher de la manie, de la mélancolie, etc., à côté desquelles l'avaient placée Pinel, Esquirol et d'autres nosographes, pour la placer côté de l'imbécillité et de l'idiotie, avec lesquelles elle a de nombreux rapports.

M. Baillarger. — Il y a dans les considérations que vient d'exposer notre honorable collègue, M. Falret, des aperçus qui me semblent mériter de fixer l'attention par leur nouveauté. Si j'ai bien compris, c'est à tort qu'Esquirol aurait considéré la folie raisonnante comme une sorte d'intermédiaire entre les vésanies proprement dites et l'état normal. Aussi les malades qui en sont atteints peuvent-ils jusqu'à un certain point vivre dans le monde et présenter toutes les apparences de la raison. Loin de là, dit M. Falret, la folie raisonnante a bien plus que la manie, la mélancolie ou la monomanie, sa racine dans les lésions organiques, puisque ces malades doivent jusqu'à un certain point être rapprochés des sujets atteints d'imbécillité. Comme eux, en effet, ils offriraient des difformités congéniales du crâne ou d'autres organes et seraient sujets plus souvent que les autres malades à des accidents congestifs, à des hémorrhagies cérébrales et à des lésions méningées. Cette doctrine me paraît susceptible d'objections sérieuses.

Et d'abord le groupe des folies raisonnantes est assez mal circonscrit; il est permis de demander si la doctrine qui vient d'être exposée est basée sur des faits suffisamment nombreux de folie raisonnante, comparés à un nombre égal de vésanies simples. Je rappellerai, par exemple, que des caractères analogues à ceux qui sont signalés dans la folie raisonnante ont été assignés par M. Morel aux folies héréditaires en général. Or j'affirme, quant à moi, que dans beaucoup de cas de folies héréditaires ces caractères n'ont pas l'importance qu'on leur a donnée. J'ai connu beaucoup de malades dont la folie devait en grande partie être attribuée à l'hérédité et qui n'offraient point les caractères qu'on a attribués aux *héréditaires*. Quant à l'absence congéniale de certaines facultés, signalée chez les malades atteints de folie raisonnante, j'avoue que cela ne me paraîtrait pas suffisant pour les rapprocher de l'imbécillité. Il suffit qu'on reconnaisse que ces malades sont souvent très-intelligents pour éloigner ce rapprochement. Il y a dans le monde, en effet, beaucoup de gens intelligents, mais dont le cerveau néanmoins est mal équilibré, et dont la conduite démontre une absence complète de jugement, de sens moral, etc. Un médecin de Londres eut un jour la pensée de scruter l'origine d'un assez grand nombre de jeunes gens qu'on citait pour leurs excentricités, leurs dépenses extravagantes et des désordres de conduite qui les conduisaient rapidement à la

perte de la fortune et de la santé. Le résultat de son enquête fut qu'un grand nombre de ces jeunes gens appartenaient à des familles dans lesquelles la folie était héréditaire. Evidemment il y avait là des lacunes congéniales, sans qu'on ait songé à rapprocher ces *viveurs* des sujets frappés d'imbécillité. Dans l'imbécillité toutes les facultés sont absentes ou si peu développées qu'elle constitue un état bien défini. Observe-t-on une aptitude particulière, pour la musique par exemple, outre que cette aptitude ne va jamais bien loin, ce sera, si l'on veut, un point brillant dans cette intelligence terne, mais ce n'est qu'un point. Dans la folie raisonnante, au contraire, quand le malade est intelligent, les lacunes qu'on signale peuvent être regardées comme des points obscurs isolés dans une intelligence qui sans cela pourrait paraître tout à fait normale.

En terminant je rappellerai que les cas de folie plus ou moins héréditaires sont de beaucoup les plus nombreux et, par conséquent, c'est dans l'immense majorité des cas qu'il faudrait constater chez les aliénés les signes organiques indiquant la prédisposition et c'est ce qui, à mon avis, n'a point été démontré jusqu'ici.

M. Delasiauve. — A la fin, Messieurs, il faudrait pourtant s'entendre. On manque rarement, toutes les fois que l'occasion se présente, de déplorer l'absence de classifications mentales. Avant de renouveler sans cesse cette banalité, ne serait-il pas bon de rechercher ce qu'une telle assertion a de vrai ? Les nomenclatures diffèrent. Raison de plus de les analyser, de les comparer et, s'il est possible, d'arriver par un sérieux contrôle, ou à fixer son choix sur l'une de celles qui ont été publiées, ou à en constituer une nouvelle sur des bases acceptables. Cette question capitale mériterait assurément d'être mise à l'ordre du jour.

Une grave lacune de la discussion engagée consiste précisément dans l'indétermination du sujet. On parle de folie raisonnante sans, à l'égard de cette vésanie, spécifier rien de positif. MM. Jules Falret et Legrand du Saulle semblent en faire un type distinct de la folie avec conscience. Ils n'en précisent point les signes délimitatifs. Un débat solennel a eu lieu, il y six à huit ans, sur cette folie raisonnante, et, si je ne me trompe, elle se serait identifiée plutôt avec la folie avec conscience qu'avec la forme purement instinctive. Néanmoins, moi-même, parmi les pseudomonomanies qui, ainsi que je me suis appliqué à l'établir répondraient idéalement à la diversité

des cas, j'ai admis un délire partiel diffus d'ordre sentimental. A cette catégorie se rattacheraient la plupart des folies dites lucides de M. Trélat, de celles aussi dont on a fait le délire des actes.

Où est le fonds commun, où est la différence ? Dans l'une et l'autre espèce, le fonctionnement syllogistique subsiste, le malade raisonne. L'hérédité, invoquée, serait-elle exclusive? En aucune façon. Rien n'empêche même que les accidents proviennent de dispositions acquises ou ne naissent de causes occasionnelles. Pour se rendre plus ou moins compte de leurs fausses sensations, tels hallucinés n'échappent pas à la caractéristique de leurs affections. Les plus fermes ont leurs moments de défaillance ; quelques-uns, suivant l'intensité ou la nature des impressions, croient aux unes et révoquent les autres en doute. Il n'est pas sans exemple que ceux que nos collègues appellent fous raisonnants ne conviennent de même de leurs entraînements et ne les déplorent. Quelques-uns, enfin, ont, à la fois, des conceptions morbides dont la fausseté saillit à la réflexion et des égarements passionnels qui sont moins aisément reconnus.

M. J. Falret vient d'ouvrir un horizon que, jusqu'ici, on n'a guère envisagé, en rapprochant les fous raisonnants des imbéciles au premier degré. On s'expliquerait ainsi, chez eux, les vices de conformation si fréquents chez les faibles d'intelligence. M. Baillarger est bien près de partager cette idée, tout en admettant qu'on ne doit pas trop la généraliser. Elle avait déjà été exprimée par Morel, lorsque, dans un premier traité, il exposa sa classe des simples d'esprit. Mais, dans notre classification, nous lui donnâmes une large extension, en ajoutant aux simples de notre collègue les insuffisants et les mobiles (*J. de méd. ment.*, t. VI, p. 205 et 225). Ce dernier groupe, précisément, nous parut se rapporter à ces défectueux mal équilibrés que M. Baillarger signalait tout à l'heure, qu'on trouve en nombre parmi les exemples de M. Trélat, et qui, souvent, à côté d'aptitudes saillantes, présentent de surprenantes lacunes. Entre eux et les fous raisonnants de l'ordre sentimental, il y a, d'ailleurs, une analogie remarquable que je n'ai pas manqué de faire ressortir. N'ont-ils pas quelquefois les fougues périodiques des idiots à tous les degrés ?

Quant aux changements, c'est-à-dire à l'aggravation que la puberté produirait chez la plupart d'entre eux, et qui est indé-

niable, ne tiendrait-elle point, en certains cas, à l'ardeur croissante des appétits et des passions insuffisamment réprimés? Les colères et les caprices de l'enfant n'ont ni la même suite ni la même importance.

Notre classification n'est peut-être pas à dédaigner. Tous les cas, on le voit, rentrent normalement dans son cadre. Elle distingue, rapproche et met en relief les relations affinitaires. Ce n'est pas un motif de confondre les maladies avec les infirmités, ni les apparences avec les réalités, comme on l'a fait, notamment, pour l'excitation maniaque, qui diffère de la folie raisonnante, la mobilité dépendant dans celle-ci d'une perversion morale ou instinctive, et dans la première de l'incohésion des idées, variété intellectuelle.

M. Lunier fait observer que la question soulevée par M. Falret est très-complexe. Tout le monde accepte qu'il existe une catégorie d'individus incomplets, qui présentent de nombreuses lacunes au point de vue intellectuel et moral. Mais ils présentent des caractères différents qui permettent d'en former trois groupes distincts, il se produit chez eux à un certain âge comme une sorte de trifurcation, si l'on peut s'exprimer ainsi. En effet, les uns deviennent imbéciles et plus tard s'excitent et deviennent maniaques; — les autres forment la catégorie des fous héréditaires, de ceux atteints de folie avec conscience, de monomanie raisonnante, etc; ils sont tous caractérisés par des vices d'organisation, présentent des signes d'arrêt de développement en quelque sorte partiel et prennent plus tard une mauvaise direction. Dans la troisième classe enfin, doivent trouver place les jeunes détenus, parmi lesquels on rencontre un assez grand nombre d'imbéciles et de faibles d'esprit; ceux-là ne suivent pas le chemin de l'asile, mais marchent vers la prison.

Outre les signes physiques que l'on observe chez tous les fous raisonnants, on trouve encore dans leurs antécédents des accidents et troubles nerveux de nature diverse; aussi sont-ils rares les cas de folie raisonnante acquise, c'est-à-dire se produisant chez des individus bien organisés, sous l'influence de chagrins prolongés par exemple. Dans ces derniers cas, ce genre de folie ne se présente que vers l'âge de 40 ou 50 ans et prend, chez l'homme, les caractères de la folie avec conscience ou de la monomanie raisonnante; chez la femme au contraire, au moins le plus souvent, ceux de la folie du doute avec crainte du tact.

M. Fournet. Messieurs, j'assiste depuis plusieurs séances à la discussion ouverte sur la *folie raisonnante*, avec l'assiduité et l'attention soutenue que j'ai toujours eues pour vos travaux. Or, quelle est la résultante actuelle de cette discussion déjà longue?

Vous avez vu quelques-uns de vos membres les plus autorisés par la pratique, M. Blanche entre autres, déclarer qu'ils étaient complétement désorientés par les distinctions subtiles et sans base précise, entre la folie avec conscience et la folie raisonnante, etc.

Vous en avez vu d'autres se diviser, s'échelonner à tous les degrés où l'on a essayé de classer cette dernière forme de la folie; les uns, la déclarer une des formes les plus proches de la normale parce que son caractère de *raisonnant* suppose encore un certain degré de raison; les autres, qui avaient d'abord défendu cette opinion, lui attribuer maintenant un haut degré de morbidité, et l'éloigner le plus possible de l'état normal, parce qu'elle aboutit souvent à l'imbécillité. Vous avez vu quelques-uns d'entre vous, ceux-là mêmes qui l'avaient d'abord rattachée à la manie, l'en séparer désormais avec conviction et de toute leur autorité, etc.

D'où vient, Messieurs, un état des esprits qui est si éloigné de l'ordre et des précisions de la science?

J'ai eu l'honneur de vous le dire dans la discussion précédente sur la *folie avec conscience*: la clinique se compose de deux éléments indispensables l'un à l'autre: les faits qu'on accueille et le principe doctrinal qui sert à les juger, à les classer, à les ordonner dans l'ordre logique de leur nature même.

Vous avez les faits; ils regorgent et débordent de toutes parts dans nos livres, dans nos établissements spéciaux, dans le monde lui-même tout autour de nous.

Mais vous n'avez pas et vous êtes mal disposés à recevoir le principe et la logique qui seuls peuvent vous permettre de les juger, de mesurer et de fixer leur place naturelle dans une classification: c'est-à-dire la psychologie normale, seul juge et seule mesure, vous ai-je dit, de la psychologie morbide. Vous vous agiterez vainement dans la confusion babélique, vous asphyxierez dans la poussière des détails stériles tant que vous ne ferez pas luire sur ce chaos le soleil de la psychologie, tant que ses rayons logiques pénétrant et éclairant cette masse confuse de faits, n'aura pas saisi et ramené chacun

d'eux à sa place naturelle, sur le plan pathogénique des dégradations de la vie.

M. LE PRÉSIDENT et plusieurs autres membres. — Mais il ne s'agit pas dans la discussion présente d'une question de principe et de doctrine, mais de classification de faits cliniques.

M. FOURNET. J'entends mes collègues et M. le président lui-même, me dire : mais vous nous ramenez à une question de principe, de doctrine et de méthode, là où il n'est question que de faits, là où il ne s'agit que de classer, de coordonner ces faits d'après leurs caractères cliniques.

Mais, Messieurs, daignez m'écouter un instant avec l'attention que j'apporte près de vous; mais, Monsieur le Président, daignez faire respecter la liberté qu'a chacun de nous, de traiter la question comme il l'entend, de la prendre par les pieds ou par la tête. Mes collègues veulent se tenir aux ramuscules de l'arbre de la pathologie mentale ; je crois qu'on ne peut en reconnaître l'ensemble et en saisir le sens véritable qu'en partant du principe spécifique, de la logique végétative qui le pénètrent tout entier, depuis ses racines pathogéniques jusqu'à ses ramuscules pathologiques.

Et je crois prouver l'excellence de ce point de vue en disant à mes collègues : ces caractères d'après lesquels vous espérez classer, coordonner les phénomènes mentaux et les faits de vos observations, ces caractères, dis-je, ne sont au fond, au vrai, que la différence entre la normale et la morbide, différence que vous ne pouvez saisir et mesurer qu'avec cette normale, principe nécessaire de tous vos jugements. En refusant cette normale sous prétexte que c'est une question de principe, vous refusez le fil d'Ariane de sa logique qui, seul, peut vous faire sortir du dédale où s'épuisent vos efforts ; n'êtes-vous pas conduits vous-mêmes par le bon sens, malgré vos résistances au principe d'une normale, à chercher la place de ces faits tantôt près, tantôt loin de cette normale? eh ! bien, ce que vous venez de faire sous nos yeux, par cet instinct qu'on appelle bon sens, faites-le par raison, c'est-à-dire par esprit de science, par principe réfléchi ; je ne vous propose pas autre chose.

Permettez-moi un exemple d'application de cette méthode : vous êtes tous d'accord à reconnaître un ensemble de dégradations intellectuelles et morales à côté d'un ensemble de dégradations organiques qu'on appelle signes physiques de

l'aliénation ; le plus grand nombre concluent de ce rapprochement, avec une fausse apparence de légitimité : vous le voyez, les dégradations intellectuelles et morales suivent les dégradations organiques, comme l'effet suit sa cause ; les facultés ne sont donc que les fonctions spéciales du cerveau, etc.

La conclusion légitime est tout autre ; elle dit : le système nerveux est organe d'information de l'âme, comme le serviteur qui va chercher au dehors, au nom de son maître resté invisible au dedans, les nouvelles dont il a besoin ; mais le serviteur peut être insuffisant à cette mission, peut ne rapporter à son maître, que des informations fautives et des idées fausses, nées do sensations incomplètes ou infidèles, et ces idées fausses ont ensuite leurs conséquences de conception et d'action, d'insanité et de folie.

Vous voilà donc entre deux conclusions diamétralement opposées, comment discernerez-vous la vraie de la fausse ? par la normale humaine qui vous dit : les dégradations organiques sont l'effet proportionnel d'une retraite ou d'un avortement de la vie organique, c'est-à-dire de la logique de la nature humaine incarnée, organisée dans le corps humain. Les dégradations mentales et morales sont l'effet proportionnel de l'avortement ou de la retraite de la vie psychique, c'est-à-dire de la logique de la nature humaine plus ou moins personnifiée dans l'âme humaine. Les dégradations de la vie psychique peuvent bien être consécutives aux dégradations natives ou acquises du système nerveux, et cela n'est que trop fréquent et trop patent dans les insanités et les folies héréditaires. Mais cela n'implique que la correspondance de la vie organique et de la vie psychique, comme de la physiologie et de la psychologie, par l'unité de leur principe commun et de leur loi commune, le principe et la logique de la nature humaine ; cela conclut à l'influence réciproque de ces deux vies, influence dont la médecine mentale peut tirer le plus grand parti ; mais cela ne conclut aucunement à l'absorption de la psychologie par la physiologie, c'est-à-dire au matérialisme avec ses conséquences.

Autre exemple : nous avons tous constaté que le sens moral est souvent altéré ou absent chez des malades qui jouissent encore pleinement du sens intellectuel, qui étonnent même quelquefois par l'activité de leur intelligence. Eh bien ! vous ne pouvez vous rendre compte de cette évolution morbide que

par la loi des évolutions normales. La loi des évolutions morbides est en effet que la vie se retire en sens inverse de sa venue. Le sens moral peut n'être pas venu encore chez des insanes fort intelligents. Le sens moral, venu le dernier, se retire le premier chez les insanes encore intelligents; aussi la désorganisation mentale ou démence (le *dementare* de l'auteur latin) constitue-t-elle une morbidité plus grave, une aliénation plus avancée que la dégradation morale; c'est en vertu de la même loi des corrélations entre la normale et ses dégradations morbides, de la même loi de subordination des évolutions morbides aux évolutions normales, que j'ai pu séparer la folie dite avec conscience de la vraie folie : la conscience étant le *primum vivens* et l'*ultimum moriens*, la dernière survivance de la conscience clot la longue liste des insanités; l'absence de toute conscience de la morbidité des conceptions et des actes, commence la triste échelle de la folie véritable.

La normale, et physiologique et psychologique, est donc la vraie boussole de l'observation clinique; elle est donc seule juge et seule mesure de la morbide, et par conséquent le seul moyen sûr de classification.

M. Dumesnil et M. Falret, répondant à M. Fournet, disent que l'on est d'accord sur les principes, et que la discussion a pour objet unique le groupement de certains faits. C'est donc là une question d'observation clinique et de classification, non de principes.

La séance est levée à six heures.

Dr Ant. Ritti.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Années 1870-1872).

Gazette médicale de l'Algérie.

1° *Sur la syncope et la folie émotive des accouchées ;* par M. le Dr Louis Gaucher (1871, n° 12).

A l'appui de la thèse soutenue par M. Bertherand au sujet de la folie passagère des nouvelles accouchées (V. *Ann. méd. psyc.* 1875, t. XIV, p. 322), M. Gaucher rapporte une observation très-intéressante au point de vue médico-légal :

La jeune femme qui en fait le sujet, dix-neuf ans, primipare, nerveuse et impressionnable était arrivée au terme de sa grossesse, fort peu rassurée par les récits évidemment exagérés qui lui avaient été faits par les personnes de son entourage. — L'accouchement se fit cependant sans autres accidents qu'une hémorrhagie intra-utérine très-abondante. Lorsque Mme X... fut revenue de la stupeur occasionnée par l'intensité des dernières douleurs, elle se mit à rire aux éclats, à réclamer son enfant et à prononcer des phrases incohérentes, interrompues par des rires désordonnés. L'expression de sa figure était étrange, ses yeux brillaient d'un vif éclat : elle était bien réellement folle, et quand on lui présenta son enfant, elle le serra avec une telle violence qu'elle l'aurait certainement étouffé, si l'on ne se fût empressé de le lui retirer. Cet état dura vingt-cinq minutes, et fut suivi d'un grand abattement. Il ne restait plus aucune trace de délire.

« Supposons, » dit en terminant M. Gaucher, « que cette jeune mère, moins surveillée, ait, pendant ce moment de folie, étouffé son enfant, qu'en serait-il résulté ? Des regrets pour la famille, mais personne n'eût songé à l'accuser d'un crime et l'idée d'un homicide par imprudence et de ses conséquences légales ne serait assurément venue à personne.

« Cependant, cher confrère, changeons les conditions sociales de cette femme et examinons le cas probable de cette nouvelle situation. Il est évident que si la joie excessive, occasionnée par la cessation des douleurs et la fin d'un accouchement,

peut dégénérer en folie momentanée, les tortures morales et physiques endurées par une pauvre jeune fille qui accouche clandestinement, n'ayant personne auprès d'elle pour l'assister dans le travail et les derniers moments, peuvent amener le même résultat. La mère, dans ce cas, est bien obligée de conserver l'enfant dans ses bras ou auprès d'elle. Et si par malheur le petit être vient à être étouffé dans des mouvements dont la mère n'a pas conscience, la rumeur publique, puis la justice s'emparent du fait : elle a tué son enfant, elle est jugée, acquittée sous le chef d'homicide volontaire, mais condamnée sous celui d'homicide par imprudence : elle aura contre elle le terrible axiome: *Is fecit cui prodest.*

« On ne tient, en vérité, pas assez compte de la situation critique des pauvres femmes dans les accouchements clandestins: elles ont pourtant assez souffert pour mériter qu'on les laisse en repos. Et qui peut avec autorité défendre de pareilles causes? Assurément ce ne sont pas les avocats. Il manque de médecins spéciaux, en France, pour tous ces cas où le médecin est le seul juge compétent; l'avocat ordinaire ne saurait être versé dans les connaissances médicales et il n'a pas à sa disposition le langage de cette science. Les médecins familiarisés avec le droit et la médecine, dovraient seuls être appelés à défendre toutes les causes où le rapport médico-légal devient le pivot de tous les arguments à la décharge de l'accusé. »

Ces observations sont fort justes et nous ne pouvons que nous y associer.

2° *Cas de chorée traitée avec succès par l'opium à haute dose*; par M. le Dr Bénazet (1872, n° 8).

Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui fut pris vers l'âge de 11 ans d'une affection choréiforme que l'on crut devoir attribuer à une frayeur éprouvée par l'enfant. Après avoir, pendant trois ans, employé sans succès divers moyens conseillés par des personnes incompétentes, le père s'adressa à un médecin. Deux mois d'un traitement rationnel amenèrent une amélioration très-notable, mais non la guérison.

M. Bénazet, appelé à la suite d'une seconde récidive ou plutôt d'une seconde recrudescence des accidents, n'hésita pas à reconnaître l'existence d'une chorée très-intense et prescrivit des bains sulfureux, la tisane de valériano et l'oxtrait thébaïque (4 gr. en 40 pilules, à prendre une le matin et une le soir).

Au bout de quelques jours on dut suspendre les bains et la tisane. L'opium fut porté à 40 cent. par jour. Un peu d'amélioration.

Le neuvièmojour, on revint aux bains et on diminua de moitié la dose d'opium.

Le vingtième jour la guérison était complète : l'enfant avait pris 8 grammes d'extrait d'opium.

Un an plus tard, à la suite d'une impression morale très-vive, les accidents reparurent; on eut de nouveau recours à l'opium, et, au bout de 7 semaines, l'enfant put être encore une fois considéré comme guéri ; il avait pris 8 gr. 40 d'extrait d'opium.

Gazette médicale de Strasbourg.

Du chloral ; recherches cliniques et expérimentales ; par M. le Dr Zuber (1870, n° 1).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Le chloral hydraté, bien pur et employé à dose suffisante, est un puissant sédatif du système nerveux.

2° Comme hypnotique, il provoque un sommeil rapide, profond, durable, rarement précédé d'une période d'agitation et qui n'est suivi d'aucun malaise; c'est un sommeil préférable à celui qu'amène l'opium.

Le Bordeaux médical.

1° *Delirium tremens guéri par l'emploi de l'hydrate de chloral ;* par M. le Dr Négrié (1872, n° 12).

Après avoir employé sans succès chez son malade l'opium et l'eau vineuse, M. Négrié prescrivit une première potion contenant 2 gr. de chloral, qui fut donnée en trois fois à une heure d'intervalle, le soir du troisième jour. La nuit fut beaucoup plus calme. Même dose le quatrième soir; sommeil de 6 heures ; une troisième dose donnée le cinquième jour, fit disparaître la dernière trace de la maladie.

2° *Examen de l'état mental d'un incendiaire;* par M. le Dr Eug. Lafargue (1872, n° 16).

Après un examen suffisamment prolongé, M. Lafargue déclara que l'inculpé lui paraissait jouir de toute sa raison et simulait la folie. Louis C... fut condamné à 8 années de travaux forcés.

Revue médicale de Toulouse.

1° *Asile d'aliénés de Toulouse ; rapport médical pour l'année* 1868 ; par M. le Dr G. Marchant (mars 1870).

L'asile de Toulouse reçoit à la fois les aliénés assistés de la Haute-Garonne, des aliénés de la Seine et des pensionnaires au compte des familles, et comme M. Marchant, dans ses relevés statistiques, n'a pas séparé ces différentes catégories de malades, on ne peut comparer les résultats qu'il a obtenus avec les documents de même nature déjà publiés. Son travail perd dès lors beaucoup de son intérêt.

2° *Du rhumatisme cérébral* ; par M. le Dr Molinier (oct. 1870).

M. Molinier a observé, à quelques mois de distance, deux cas de rhumatisme cérébral dont il donne l'observation et qu'il fait suivre de quelques considérations.

Dans le premier cas, le malade atteint d'un rhumatisme articulaire de moyenne intensité, fut pris d'une éruption miliaire et de délire ; cinq heures après il était mort, bien qu'on ait eu recours à un traitement rationnel (sulfate de quinine, larges vésicatoires aux articulations malades, dont la tuméfaction avait diminué rapidement).

Dans le second cas, M. Molinier fut plus heureux. Le malade qui fait le sujet de cette observation était depuis dix ans atteint d'un rhumatisme goutteux, dont les manifestations se répétaient en général deux fois par an. En 1869, M. L..., souffrait depuis huit jours d'un rhumatisme de moyenne intensité, quand à la suite de l'emploi d'un liniment assez actif, le gonflement des articulations disparut subitement en même temps que le malade fut atteint d'un accès de délire aigu, ce qui ne lui était jamais arrivé.

M. Molinier n'hésita pas à prescrire un traitement très-énergique (sangsues derrière les oreilles, vésicatoires sur les articulations, calomel à doses fractionnées). Vers le septième jour, le gonflement articulaire reparut en même temps que les manifestations délirantes disparaissaient progressivement. Peu de jours après la guérison était complète.

3° *Nouveau succès du bromure de potassium dans l'épilepsie* ; par M. le Dr Puntous (février 1871).

Cette observation n'offre rien de bien particulier. Le succès, d'ailleurs, était loin d'être complet quand l'auteur l'a publiée.

4° *Ivresse; alcoolisme; absinthisme*; par M. le Dr Ripoll (sept. 1871).

Cette note n'est à proprement parler que l'analyse, très-bien faite d'ailleurs, des travaux publiés récemment sur la matière et notamment de ceux de MM. Magnan, Bergeron, Jolly Jeannel et Th. Roussel.

5° *Un mot sur le rhumatisme cérébral;* par M. le Dr Huet (sept. 1872).

Voici les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé :

1° Le rhumatisme articulaire aigu est de même nature que le rhumatisme viscéral en général, et cérébral en particulier ;

2° Le rhumatismo cérébral se montre presque toujours dans le oourant d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ;

3° Le rhumatisme cérébral peut se présenter le premier et arriver d'emblée ;

4° Dans le traitement du rhumatisme, le sulfate de quinine peut avoir une influenoe fâcheuse sur les accidents cérébraux ;

5° Le musc est un médioament précieux contre le délire en général, et en particulier contre le délire dans les accidents de rhumatisme cérébral.

Lyon médical.

1° *Sur un cas de chorée du diaphragme (Hoquet convulsif)*; par M. Guinand (janvier 1870).

La maladie, après avoir résisté à tous les moyens de traitement mis en usage, a cédé à l'emploi continu pendant 3 mois et demi de l'éther, puis du chloroforme en inhalations.

2° Du *bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie*; par M. le Dr Arthaud (mars 1870).

M. Arthaud a voulu vérifier dans son service de l'Antiquaille les résultats publiés par les auteurs et il l'a fait en véritable clinicien.

Les expériences de M. Arthaud ont porté sur 14 épileptiques hommes, tous aliénés, la plupart idiots ou déments, atteints depuis fort longtemps du mal comitial; voici les résultats qu'il a obtenus :

Dans 7 cas, la médication bromurée a complétement ou

presque complétement échoué; dans 3 cas on a constaté une amélioration réelle, sans qu'on soit fondé à regarder cette amélioration comme un acheminement à une guérison complète; dans 4 cas enfin, l'état des malades était devenu progressivement si satisfaisant qu'on eût été porté à répondre de leur guérison définitive, si l'épilepsie, et surtout l'épilepsie compliquée d'aliénation ne déjouait souvent les espérances les mieux assises.

Nous croyons devoir reproduire quelques-unes des considérations dont M. Arthaud a fait suivre ses observations :

« Dans la grande majorité des cas, le pouls des épileptiques soumis à l'action du bromure de potassium, a présenté une fréquence au-dessus de la moyenne normale; sur 4 malades, dont 1 phthisique, il a donné plus de 100 pulsations à la minute; toujours il s'est fait remarquer par sa faiblesse, par le défaut de tension artérielle. Chez deux de mes malades, j'ai noté la rougeur de la muqueuse bucco-pharyngienne coïncidant avec l'absence de la nausée réflexe; mais chez tous l'impossibilité de provoquer la nausée était à peu près absolue, la sensibilité tactile de l'isthme du gosier restant intacte. Cette distinction a été soigneusement établie par M. Auguste Voisin, contrairement à l'assertion de M. Gubler, qui prétend qu'au-dessus de 2 grammes le bromure de potassium détermine l'anesthésie complète de l'isthme guttural.

» Deux fois aussi, j'ai noté la cyanose des téguments de la face. Dans quelques autres cas, j'ai constaté le même phénomène, mais à un degré tellement faible que je n'ai pas cru devoir y insister dans les observations particulières; plus fréquemment, au contraire, j'ai remarqué une pâleur mate de la peau, analogue à celle que détermine la chlorose.

» Chez deux malades, tous deux très favorablement influencés par la médication bromurée, un état catarrhal très-prononcé de la muqueuse bronchique et nasale, accompagné de fièvre intense, a nécessité une interruption momentanée du traitement. Enfin, une disposition particulière d'un de mes épileptiques m'a fourni le moyen de constater l'influence anti-aphrodisiaque du bromure de potassium, influence, soit dit en passant, complétement niée par le Dr Williams.

» En résumé : Troubles de la circulation, abolition ou diminution très-considérable de la sensibilité réflexe, disposition à l'état catarrhal, action anti-aphrodisiaque, tels sont les phénomènes physiologiques dus au bromure de potassium

qu'il m'a été donné de constater d'une manière à peu près certaine. »

Et plus loin :

« J'ai dit en commençant que j'omettais à dessein pour le moment l'étude de l'influence de la médication par le bromure sur les troubles psychiques, à moins qu'il ne s'agît de symptômes de cet ordre tenus sous la dépendance immédiate de l'épilepsie. Lorsqu'il en est ainsi, on comprend qu'une influence favorable exercée sur cette dernière maladie par une médication quelconque, ait bientôt son retentissement sur l'état mental qui en est la conséquence. J'ai constaté à ce sujet un fait assez curieux qui a été remarqué aussi par les servants de l'asile, et qui, s'il n'est pas le résultat de circonstances toutes fortuites et par conséquent passagères, serait une preuve éclatante de l'action médicatrice du bromure de potassium. Depuis quelques mois, la physionomie du quartier dans lequel sont réunis les épileptiques s'est notablement modifiée. Ces malheureux sont plus calmes, moins querelleurs, l'irascibilité qui est le trait dominant du caractère d'un grand nombre d'épileptiques, amène beaucoup moins souvent qu'autrefois des actes de violence. Concordance singulière, le même fait est signalé par le docteur Clouston à Comberland et à Westmoreland, et le docteur Williams, médecin de l'asile de Northampton, tout en déclarant qu'il n'a pas trouvé un spécifique dans le bromure de potassium, reconnaît que les quartiers où séjournent les épileptiques ont paru transformés depuis que le médicament a été administré. « Aussi, dit-il, si ce mémoire peut décider des essais de ce genre dans d'autres établissements, et que le succès réponde à celui de l'asile de Northampton, les peines que j'ai prises pour le rédiger seront largement récompensées. »

M. Arthaud n'a observé d'éruption cutanée sur aucun de ses malades ; il a employé presque toujours le bromure en solution à la dose de 1 à 2 gr. par jour qu'il portait progressivement, sauf contre-indication, jusqu'à 10 et même 12 gr.

Voici comment s'exprime M. Arthaud au sujet du mode d'action du bromure de potassium :

« Quelle est la nature de cette action ? Cliniquement parlant, on est porté à affirmer que le bromure de potassium est un hyposthénisant d'une grande puissance.

» Quel en est le mécanisme ? Est-ce une action exclusivement élective sur le bulbe rachidien et par suite sur les manifes-

tations réflexes? Et si l'on peut dire d'une manière générale que le bromure diminue l'innervation cérébro-spinale, agit-il directement sur la texture et la nutrition de l'élément nerveux ou indirectement en modifiant la circulation, et notamment la circulation capillaire de certaines parties de l'axe cérébro-spinal? Questions non encore résolues et auxquelles on ne saurait mieux répondre jusqu'à plus ample informé, qu'en s'inspirant des réflexions si judicieuses qui terminent un intéressant travail de notre collègue M. Bondet.

» Personne jusqu'ici n'a vu l'altération matérielle de la fibre ou de la cellule nerveuse pouvant être rapportée à l'action du bromure. Mais le trouble de la circulation est indéniable : action spéciale sur les vaisseaux, diminution, gêne de la circulation capillaire, et comme conséquence, diminution de la sensibilité et des mouvements réflexes, voilà ce qu'il nous est donné de constater. Aller au delà, serait se lancer dans le champ des hypothèses; mais c'en est assez pour justifier dans une certaine mesure la faveur dont ce médicament est en possession. »

3° *Note sur quelques troubles de la circulation et de la nutrition dans l'hémiplégie cérébrale*; par M. le Dr Perraud (juillet et août 1871).

4° *Accidents cérébraux survenus consécutivement à une tumeur blanche cervicale; mort et autopsie*; par M. Ch. Reynaud (septembre 1871).

5° *Note sur un cas de néphrite alcoolique avec délire*; par M. le Dr Mayet (mai 1872).

En étudiant avec soin les accidents cérébraux présentés par son malade, M. Mayet en était arrivé à les attribuer à l'intoxication alcoolique plutôt qu'à l'infection urémique. Le délire a cédé à l'emploi simultané de l'alcool et du musc à dose élevée.

6° *Masse tuberculeuse dans le lobe gauche du cervelet; mouvements de roulement du côté droit; paralysie diffuse des quatre membres; phénomènes oculo-pupillaires*; par M. le Dr Mollière (juin 1872).

Observation intéressante qui vient confirmer de tous points d'ailleurs les notions déjà connues sur les fonctions du cervelet.

7° *Apoplexie cérébelleuse*; par M. le Dr Clément (juin 1872).

Bien que la guérison n'ait pas permis d'être fixé d'une façon certaine sur le siége de la lésion, les symptômes observés étaient assez tranchés pour que M. Clément n'ait pas hésité à diagnostiquer une apoplexie du cervelet.

8° *Note sur un cas de tumeur cérébrale avec polyurie*; par M. Massot (juillet 1872).

9° *Coup de foudre, convulsions épileptiformes, traitement par l'eau froide, guérison*; par M. le Dr Fontan (septembre 1872).

10° *Note sur un cas de maladie de sommeil*; par M. le Dr Marduel (octobre 1872).

11° *Ancienne syphilis; hémiplégie gauche; mouvements choréiformes des doigts de la main et du pied du même côté*; par M. Morat (novembre 1872).

On a pu supposer, en observant attentivement le malade, qu'il y avait un rapport de causalité entre la syphilis, l'hémiplégie et la chorée, mais il n'a pas été possible de rien affirmer à cet égard.

12° *Convulsions par alcoolisme chez un nouveau-né*; par M. le Dr Vernay (novembre 1872).

Les accidents convulsifs duraient depuis une quinzaine de jours et augmentaient graduellement d'intensité sans que le médecin pût en découvrir la cause, quand il apprit que la nourrice buvait par jour 6 à 8 verres de vin pur. Il n'hésita pas à voir dans ce fait l'explication de tous les phénomènes observés; il suffit, en effet, d'interrompre la lactation pendant 6 jours et de changer le régime de la nourrice, pour faire disparaître les phénomènes convulsifs.

Recueils et journaux divers.

Traitement de l'ataxie locomotrice; par M. le Dr Paul Spillmann (*compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy*, 1869-1870).

Voici quelles sont les conclusions de ce mémoire :

1° Parmi les moyens de traitement nombreux qui ont été employés jusqu'à présent contre l'ataxie locomotrice, il en est quatre principaux, ce sont : le nitrate d'argent, l'hydrothérapie, le phosphore et les courants galvaniques;

2° Les trois premiers n'ont d'action que pour calmer ou faire

disparaître quelques symptômes, sans arriver jamais à enrayer la marche de la maladie ;

3° Les courants galvaniques semblent constituer aujourd'hui le seul moyen rationnel de traitement de l'ataxie locomotrice.

Dr L. Lunier.

Années 1873-1874

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.

1° *Névralgie ciliaire liée à la diathèse urique. — Guérison par un traitement approprié ;* par le Dr Tavignot (1874).

2° *Du chloral contre les convulsions ;* par le Dr E. Darin (1874).

La propriété la plus constante du chloral, c'est son action sur les *convulsions;* le Dr Darin en a expérimenté l'usage dans les cas suivants, et toujours avec succès : ramollissement cérébral avec hémiplégie et convulsions épileptiformes ; alcoolisme chronique avec convulsions épileptiformes ; éclampsie albuminurique ; convulsions des enfants.

Lorsque la cause qui produit l'excitation médullaire n'est pas une maladie grave, dentition, émotion vive, etc., la guérison est définitive et immédiate ; mais dans les cas graves d'éclampsie infantile liée à une méningite ou à la rougeole, le chloral fait encore cesser les convulsions.

3° *Paralysie générale et intoxication saturnine. — Tumeur cérébrale.—Paralysie glosso-labio-pharyngée.—Folie rhumatismale.*

Leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le Dr Ball dans le service du professeur Béhier. Ces leçons sont fort intéressantes en ce qu'elles mettent en lumière des maladies relativement assez rares dans les asiles des aliénés. Nous avons eu l'occasion d'observer à Charenton, en 1869, un cas de folie rhumatismale aiguë guérie en quelques jours et faisant place à une pleurésie rhumatismale ; le malade venait du Val-de-Grâce et y fut reconduit. Ce fait isolé, joint à ceux de M. Ball, mérite l'attention des observateurs et des cliniciens des hôpitaux ; ils doivent garder ces malades dans leurs services et leur éviter le séjour dans les asiles d'aliénés.

L'Union médicale.

1° *Chorée, troubles mentaux, hallucinations multiples, guérison ;* par M. Ant. Ritti.

Observation intéressante à consulter à cause de sa rareté (1873).

2° *Inflammation aiguë générale de la substance grise de la moelle* ; par le Dr Martineau (1874).

Communication intéressante avec observation, autopsie et examen microscopique, par M. Troisier. C'est un exemple peut-être unique de paralysie ascendante aiguë accompagnée de paralysie de la vessie et du rectum, et de troubles trophiques du côté de la peau. Tous ces phénomènes morbides, terminés par la mort au bout de 17 jours, étaient le résultat d'une lésion générale de la substance grise de la moelle, consistant dans la disparition presque complète des cellules nerveuses des cornes antérieures avec granulation des cellules des cornes postérieures, la substance blanche étant intacte.

3°. *De la manie des nouvelles accouchées* ; par le Dr Bottentuit.

Revue clinique de trois malades de l'asile Sainte-Anne, service des docteurs Bouchereau et Magnan.

4° *Hémiplégie incomplète et paralysie de la troisième paire du côté gauche* ; *douleurs lancinantes dans les membres et troubles trophiques des extrémités pouvant simuler un pemphigus foliacé.*

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, par le Dr Lancereaux (1874).

5° *Du tétanos traumatique; de son traitement et des injections d'hydrate de chloral dans les veines en particulier*, par le Dr Gillette (nos 85, 96 et 101 1874)

Revue complète, fort intéressante des théories et applications de la thérapeutique au traitement du tétanos, depuis le *bain de fumier* appliqué avec succès par Amb. Paré, jusqu'aux injections hypodermiques de morphine et une foule d'autres moyens. Le chloral, comme dernier moyen, a donné lieu à des succès entre les mains de MM. Verneuil, Lasègue, Boinet, Le Fort ; il avait été donné à l'intérieur à la dose de 5 à 12 grammes par jour. Les cas de guérison ne sont pas rares par ce moyen, qui n'expose pas à tous les dangers que produit l'injection d'une solution de chloral dans les veines, ainsi que le pratique le Dr Oré, de Bordeaux. Nous ajouterons à ces faits, que personnellement, nous connaissons deux cas de guérison de tétanos consécutif à une plaie des doigts par armes à feu ; le premier de ces faits est relatif à un malade du Dr Herpin, de Tours, dont j'étais alors l'interne ; l'autre se rapporte à un malade du Dr Miquel. Dans les deux cas on a fait usage des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

6° *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir, dans le somnambulisme pathologique. Considérations médico-légales ;* par le Dr Mesnet (1874).

Observation très-étudiée, démontrant bien les actions réflexes provoquées par le sens du tact, et le caractère spontané, instinctif, de certains actes : tels que le vol, le suicide ou l'homicide.

7° *Hystérie, hémiplégie hystérique. — Pseudo-coxalgie. — Traitement hydrothérapique. — Guérison rapide ;* par le Dr Marchal (1874).

Observation dans laquelle notre confrère se montre clinicien intelligent, et très-habile à manier les ressources si grandes de l'hydrothérapie; ce qui affermit de plus en plus la confiance que nous avons dans l'eau comme agent thérapeutique. Si avec de l'eau simple, de l'eau vulgaire, on peut guérir des paralysies hystériques, que deviendra l'eau de Lourdes?

8° *Myélite d'origine syphilitique ;* par Longuet (1874).

Observation recueillie à la Pitié dans le service du Dr Gallard et dont voici le sommaire : sur un cas rare d'affection de la moelle épinière, d'origine syphilitique; — tressaillements musculaires; — traitement par l'iodure de potassium et les courants continus ; guérison.

Journal des connaissances médicales du Dr Caffe.

Pathologie mentale : Diagnostic différentiel de la mélancolie ; par le Dr A. Corlieu (1874).

Le diagnostic différentiel de la mélancolie repose sur les quatre données suivantes : reconnaître la forme, distinguer la mélancolie des autres maladies analogues, distinguer ses variétés, établir si la mélancolie est de cause psychique, anatomique ou physiologique. Tel est le plan que s'est imposé le Dr Corlieu et tout en louant sa manière de faire et la clarté de son style, nous ne pensons pas qu'il ait réussi à faire sortir la mélancolie du chaos ténébreux des autres vésanies. Nous ne comprenons pas, d'ailleurs, l'intérêt qu'il y a à fouiller l'étude de la mélancolie en persistant à la regarder comme une entité morbide, la mélancolie n'étant qu'un symptôme qui peut se rencontrer dans presque tous les cas d'aliénation mentale.

L'Abeille médicale.

1° *Observation d'une plaie avec perte de substance au cerveau et au crâne; guérison;* par le Dr B. Lamarche (1874).

« Voilà assurément un fait des plus intéressants. Une che-
» ville en bois de chêne (de 25 millimètres de diamètre) est
» enfoncée dans l'épaisseur du cerveau à une profondeur de
» plus de cinq centimètres et il n'en résulte aucune paralysie,
» ni altération de l'intelligence, ni aphasie, etc. C'est là une de
» ces surprises que nous réserve la clinique comme pour
» protester contre les essais de pathologie expérimentale dont
» on croit pouvoir attendre un enseignement sûr et utile. »
(Note de la rédaction de l'*Abeille médicale*.)

2° *Médecine sociale.* — *Physiologie de l'hérédité*; par le Dr Tavignot (1874).

Sous cette rubrique, médecine sociale, nous avons remarqué, dans l'*Abeille médicale*, un feuilleton fort intéressant, que nous allons résumer.

A. — Hérédité dans la famille.

L'histoire des familles les plus célèbres nous montre que l'influence de l'hérédité est réelle, l'amour des arts chez les Médicis, la bravoure militaire des Montmorency, l'habilité et l'ambition chez les Guise, le génie du calcul chez les Cassini et les Bernouilli et tant d'autres familles comme les Bourbons, les Valois et les princes de la famille de Condé. Il est hors de doute que la maladie, la santé, la vertu ou le vice se transmettent de père en fils et c'était là la raison physiologique de la noblesse eu égard aux lois de la sélection. Les qualités individuelles d'un reproducteur n'ont de valeur que si elles sont le résultat d'une transmission héréditaire.

L'hérédité peut être psychique ou plastique.

1. — Si nous étudions l'hérédité psychique, nous examinerons les attributs psychiques de l'homme, c'est-à-dire les facultés *instinctives, réflectives* et *affectives*. Ces facultés ont une activité fonctionnelle variable aux différentes époques de la vie chez le même individu ; la suractivité de l'une amène l'amoindrissement ou l'inactivité de l'autre.

Les hommes les mieux doués sont évidemment ceux dont les trois ordres de facultés sont bien équilibrés et fonctionnent d'un commun accord sans se nuire. Ces hommes communs à

l'origine, deviennent de plus en plus rares, et c'est la raison de la décadence des peuples.

Il en est des attributs psychiques, comme des attributs plastiques, l'éducation ne peut en créer de nouveaux, elle les modifie plus ou moins.

L'hérédité a une action plus énergique; elle transmet ceux du corps, et, le plus souvent elle les exagère ; ce qui passait inaperçu chez le père, devient saillant chez le fils. Il est inutile d'insister pour démontrer la *contagion par voie d'hérédité* de la plupart des affections nerveuses qu'on voit reparaître avec leurs caractères originels ou sous la forme d'équivalents dynamiques.

2. *Hérédité plastique.* — Le Dr Tavignot passe en revue les lois de la sélection de Manou, qui regardait comme de mauvais reproducteurs ceux ou celles dont les familles étaient atteints de phthisie ou d'épilepsie, etc.; la simple excitabilité nerveuse des parents se traduit chez les enfants par des névroses plus ou moins graves.

En cultivant l'organisme nerveux d'une façon spéciale, on arrive à créer un tempérament mystique, dont l'influence est déplorable au point de vue de la sélection. Les sujets mystiques ont une inaptitude à peu près absolue à procréer des enfants sains de corps et d'esprit. Le boudhisme et le catholicisme ont eu raison de compter avec cette loi physiologique de l'hérédité, en imposant le célibat à leurs prêtres, soumis à l'influence des idées mystiques.

B. — Hérédité dans la caste.

1. *Races de sang pur.* — Selon la doctrine des Hindous, les attributs des castes sont d'origine divine et se perpétuent par les moyens humains; le type s'altère plus ou moins, mais reste susceptible de reparaître à un moment donné et de prédominer dans une génération ultérieure. « L'atavisme est là tout entier. »

2. *Castes de sang mêlé.* — Les Hindous ayant créé les castes n'ont pas manqué d'étudier leurs déviations et de les réglementer.

Le rôle de la femme est égal à celui de l'homme et l'organisme le plus fort, au physique et au moral, est souvent le plus faible pour la transmission. On connaît la nullité des descendants de nos grands hommes. Goethe ayant épousé sa domestique, eut un fils lui ressemblant au physique, et pos-

sédant l'intelligence de la mère ; aussi les Allemands l'appelaient-ils le fils de la servante.

C. — Hérédité dans la race.

1. *Races de sang pur.* — Ici, la puissance de l'hérédité est absolue, fatale. Les juifs n'ont rien perdu de leurs attributs et leur origine est déjà bien ancienne. Les Allemands du nord, sont bien encore les Germains de Tacite, c'est encore une race pure où la fécondité se maintient toujours. La Chine reste toujours stationnaire, le temps n'a rien changé aux facultés, d'ailleurs remarquables, des Chinois; les peintres ignorent toujours la perspective et leurs philosophes, l'abstraction. La chute du peuple romain, du passage de la République à l'empire, de l'austérité des mœurs à la licence, se trouve dans le *métissage incessant et progressif*. Le caractère commun des races pures est leur fécondité.

2. *Races de sang mêlé.* — La lutte entre les deux races est vive, les défauts ou les qualités s'exagèrent, et apparaissent alors les types bizarres, parfois des hommes supérieurs, dépourvus de sens commun. Le Dr Tavignot pense que, plus tard, tel ou tel degré de métissage sera regardé comme le point de départ de certaines affections dynamiques, telles que la folie, l'épilepsie et l'hystérie, etc.

La voix du sang disparaît chez les peuples de sang mêlé.

La nature elle-même lutte contre les croisements, le mélange des races ne se fait jamais d'une façon bien intime. Il est de fait, que le produit tend à se rapprocher du type paternel aux dépens du type maternel, et vice versâ; c'est là un jeu du hasard, variable à l'infini, et qui ne se renouvelle pas d'une façon identique à chaque expérimentation.

Le fait capital qui domine l'hybridité entière, c'est le peu de fécondité des races de sang mêlé.

En Algérie les types franco-arabes sont rares; de même aux Indes anglaises les types anglo-hindous y sont peu nombreux.

En Prusse, où la race est pure, la population double en 39 ans et en France, où il y a 14 ou 15 races différentes, le même phénomène demande 150 ans pour se produire.

En résumé, ne mélangeons ni le sang, ni le vin.

3° *Du cyano-bromure de potassium dans l'épilepsie et les névroses en général*; par E. Du May (1874).

4° *De la migraine ;* par M. Hervez de Chégoin (1874).

Il résulte clairement du travail de M. Hervez de Chégoin sur la nature et le siége de la migraine, que cette maladie est une névrose artérielle, que son point de départ est dans le grand sympathique, son siége précis dans les filets nerveux qui accompagnent les artères, ses phénomènes matériels, dans la dilatation de ces vaisseaux et dans la compression qu'elle produit sur le cerveau et les autres organes. Le traitement de la migraine se réduit à combattre l'intermittence, la douleur et la dilatation artérielle. M. Hervez de Chegoin donne chaque jour à ses malades une pilule ainsi composée :

Sulfate de quinine,	0,05
Tannin,	0,05
Aconitine,	0,001

On peut facilement augmenter la dose ; certains malades sont arrivés à prendre 3 ou 4 pilules avec un succès très-marqué.

La France médicale.

De l'épilepsie larvée ; par le Dr Legrand du Saulle (1873).

Travail original reposant sur neuf ou dix observations, étude clinique qui ne nous paraît pas susceptible d'analyse. « L'épi- » lepsie larvée est une réalité clinique, et il faut désormais » qu'elle soit une réalité médico légale. Plus cette question » sera creusée, plus elle conduira à des résultats frappants, » vrais et certains. La discussion doit donc être appelée sur elle » sans trêve ni merci »

Telle est la conclusion du travail de M. Legrand du Saulle.

La Gazette des hôpitaux.

(Année 1873).

1° *Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né.*

Observation digne d'intérêt au point de vue de l'étiologie et du traitement, qui est venu juger la question du diagnostic ; elle a été recueillie par M. Le Pileur, interne à Saint-Lazare dans le service du Dr Costilhes.

2° *Cas curieux de délire des persécutions, la mère et la fille ;* par le D Geoffroy (de la Fère).

C'est une observation intéressante de folie à deux, recueillie à la Salpêtrière, dans le service des docteurs Baillarger et Trélat. Il est bon de la rapprocher de celles recueillies par MM. Le-

grand du Saulle et mon confrère et ami le Dr Maret. Dans cette observation on retrouve *le persécuté actif*, marchant vers l'incurabilité et le *persécuté passif*, guérissant presque toujours lorsqu'il est isolé.

3° *Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus.*

Cette observation a été recueillie par le Dr J. Castiaux, à l'Hôtel-Dieu de Lille. Elle mérite qu'on s'y attache un instant, mais elle ne repose pas sur une donnée certaine, comme celle, par exemple, qui résulterait de la nécropsie. La malade a 19 ans et peut vivre encore longtemps; ce qui nous a le plus frappé, c'est l'étude généalogique de la famille, faite pour deux générations. Le père est mort de phthisie, la mère encore vivante. De cette union sont issus sept enfants :

Le premier meurt à deux ans (hydrocéphalie et carreau).
Le deuxième, — à un an (convulsions).
Le troisième, — à 15 mois —
Le quatrième, — en bas âge (maladie inconnue).
Le cinquième, était une fille rachitique et contrefaite, mariée et n'ayant jamais eu d'enfants, morte accidentellement.
Le sixième, est un garçon chétif, mal portant.
Le septième, est le sujet de cette observation.

4° *Difficulté de diagnostic de certaines folies paralytiques, causée par leur similitude apparente avec certaines vésanies.* (Observation recueillie par M. E. Calmette, service du Dr Berthier à l'asile d'aliénés de Bicêtre.)

5° *De la folie héréditaire;* par M. Legrand du Saulle.

Dans le cours de ses précédentes leçons sur les maladies mentales, le Dr Legrand du Saulle avait souvent eu l'occasion de parler de l'hérédité, quand il traitait de l'étiologie des maladies mentales. Mais entraîné par la description des formes spéciales de la folie, il n'avait pu donner a ses auditeurs, de l'école pratique, que des notions incomplètes sur *l'hérédité*, cette grande cause génératrice des affections cérébrales.

Ces leçons de M. Legrand du Saulle, ayant depuis été publiées à part, nous n'entreprendrons point d'en faire une analyse aussi complète que le comporterait un sujet qui nous est presque familier. Nous ne ferions qu'affaiblir les arguments du professeur, qui, grâce à un grand talent d'exposition, a

su généraliser d'une façon heureuse pour la science, les travaux de M. Moreau, de Tours, et Morel, de Saint-Yon.

6° *De l'alcoolisme, comme cause de paralysie générale*; par le Dr Lolliot.

Deux malades de l'asile Sainte-Anne ont fourni au Dr Lolliot l'occasion de publier deux observations très-complètes et fort bien étudiées, au point de vue de la sémiologie. L'alcoolisme est, en effet, une cause fréquente de paralysie générale et c'est, de plus, une circonstance aggravante.

7° *Le tremblement émotif.*

Sous ce titre, M. le Dr Berthier a présenté quelques réflexions pratiques, sur une sorte de tremblement que présentaient trois malades soumis à son observation. Ce n'est pas « *un alinéa oublié de la pathologie mentale* » et quand on a lu le *délire émotif* décrit avec tant de soin par le Dr Morel de Saint-Yon, il sera facile, de ne pas confondre ce tremblement spécial, qu'on trouve chez beaucoup de névropathiques, avec les états si graves, déterminés par des accidents de nature toxique, ou paralytique.

(Année 1874).

1° *Tétanos traumatique aigu*; par M. Baizeau.

Observation recueillie à l'hôpital militaire d'Alger par le Dr Schraff et dans laquelle l'emploi simultané du chloral et de la morphine n'a pu enrayer la marche fatale et rapide des accidents. Il faut dans des cas semblables, employer soit le chloral, soit la morphine, et ne pas s'exposer, par un emploi simultané, à détruire les bons effets d'une médication déjà suivie de nombreux succès; mais il faut agir rapidement et avec énergie.

2° *Réflexions sur l'électrisation localisée comme moyen de diagnostic entre la congestion et l'hémorrhagie cérébrales*; par M. de Fourcauld.

L'idée première de cette note a été fournie par le Dr Luys et la constatation scientifique a pu être faite à l'autopsie. M. Fourcauld rapporte l'observation d'une femme atteinte de pleuro-pneumonie ayant occasionné la mort; et pendant le cours de cette maladie on a pu observer deux congestions cérébrales avec hémiplégie. L'électrisation des membres paralysés

ne tardait pas à ramener les mouvements, d'où il résulte qu'il y avait seulement congestion, en admettant comme une vérité scientifique les affirmations de Duchenne, de Boulogne, sur l'influence thérapeutique de la faradisation dans le cas de paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale. Dans ce cas, en effet, la faradisation ne produit pas de résultat apparent avant le sixième mois. La conclusion est facile à comprendre : dans les cas de congestion, la faradisation ramène les mouvements au bout de quelques jours au plus, et, au contraire s'il y a hémorrhagie, l'électrisation localisée ne donne de résultat qu'au bout d'un temps beaucoup plus prolongé. Ce moyen de diagnostic différentiel nous paraît digne d'attention et sera à coup sûr employé fréquemment.

3° *Paralysie des troisième, quatrième, cinquième, sixième, et septième paires crâniennes du côté droit chez l'adulte, occasionnée par une tumeur de la base du crâne de nature syphilitique. — Mort suivie d'autopsie.* Observation recueillie par le Dr Brière (du Havre).

4° *Des tumeurs cérébrales.* — Leçons cliniques du Dr Ball, faites à l'Hôtel Dieu de Paris et recueillies par le Dr Liouville.

Le caractère général qui domine toute l'histoire des tumeurs intra-crâniennes, c'est l'irrégularité, l'intermittence des symptômes et les périodes d'exacerbation et de dépression; cela tient à des modifications dans le volume de la tumeur. Tous les symptômes peuvent se réunir dans trois groupes, que nous diviserons en troubles de la sensibilité, du mouvement, de l'intelligence.

a. *Troubles de la sensibilité.*—Nous distinguerons encore parmi les troubles de la sensibilité les *douleurs* et les *paralysies* sensorielles. Parmi les douleurs, la plus remarquable est la céphalalgie qui, souvent, se trouve, par son siége, être directement en rapport avec la partie lésée. La douleur est générale ou hémi-crânienne; elle peut être frontale, pariétale ou occipitale suivant le siége; ce symptôme est parfois unique au début du mal, pendant longtemps; la douleur cesse parfois brusquement peu de temps avant la mort. La douleur se présente aussi sous forme de névralgies variables suivant le siége de la tumeur et aussi peut s'accompagner d'anesthésie lorsqu'il y a compression d'un tronc nerveux. Les douleurs se propagent aussi le long des membres et du côté paralysé, elles sont fixes et se distinguent par là des douleurs fulgurantes des ataxiques.

Les paralysies sensorielles sont le phénomène inverse des douleurs, elles se produisent graduellement en passant par les altérations du tact, des hyperesthésies des anesthésies, surtout dans les lésions du côté gauche. Les anesthésies peuvent se localiser, la plus fréquente est l'hémi-anesthésie de la face. Les troubles des sens spéciaux ne tardent pas à apparaître, les troubles de la vue (amaurose, amblyopie, diplopie) dans une proportion de 27 pour 100; souvent l'amaurose est double et quand elle est simple, elle se montre du côté opposé à la lésion. Les perturbations de l'ouïe, moins fréquentes, se rencontrent surtout dans les abcès du cerveau; puis on a signalé la perte de l'odorat et du goût.

b. *Troubles de la motilité.* — Nous trouvons là aussi les troubles de la motilité dus à l'excitation, puis les troubles de dépression, les paralysies.

Les convulsions se rencontrent dans les 2/3 des cas; l'épilepsie symptômatique des tumeurs cérébrales est calquée sur le type du haut mal, le vertige épileptique est beaucoup plus rare. L'épilepsie remplace souvent la céphalalgie ou apparaît souvent dès qu'elle vient à disparaître. On observe aussi la chorée, les contractures, les convulsions toniques ou cloniques, principalement dans les membres paralysés; on peut également rencontrer des torticolis, du trismus et des crampes très-douloureuses.

Les paralysies du mouvement s'observent dans presque tous les cas, elles sont variables à l'infini. Nous signalerons la paralysie alterne (Gubler), où l'on voit avec une hémiplégie droite ou gauche survenir la paralysie d'une ou plusieurs paires crâniennes du côté opposé; cette paralysie se produit quand la tumeur ou les tumeurs siégent près de l'isthme de l'encéphale et agissent directement sur le tronc des nerfs crâniens après l'entre-croisement. On observe souvent aussi le strabisme, la contraction ou la dilatation et l'inégalité des pupilles.

c. *Troubles de l'intelligence.* — Presque tous les malades subissent un affaiblissement progressif de l'intelligence; la mémoire s'altère rapidement; mais on ne rencontre pas souvent la folie proprement dite. Les fonctions cérébrales peuvent être profondément troublées et on observe alors les vertiges, la somnolence, la coma et les accès apoplectiformes. On observe conjointement les vomissements, la syncope et les modifications du pouls.

Les tumeurs cérébrales peuvent apparaître à l'extérieur du crâne; les tumeurs cancéreuses ou les hydatides jouissent seules de ce privilége.

La marche des tumeurs cérébrales est généralement progressive, mais la durée est impossible à déterminer, la moyenne paraît être de deux ans et leur diagnostic différentiel est étudié et décrit par M. Ball d'une façon aussi complète que possible. Le pronostic est toujours fatal, et cependant M. Ball a consacré un long chapitre à la question du traitement, question intéressante en ce qu'elle met en lumière toutes les ressources du praticien instruit, en face d'un cas désespéré.

5° *De l'anurie ou oligurie hystérique*, article de revue clinique ; par le Dr Brochin.

6° *Des paralysies éphémères chez les enfants*; par M. Jules Simon.

7° *Tétanos traumatique. — injection intra-veineuse de chloral. — Mort. — Autopie*, par M. le Dr Lannelongue à l'hopital St-André de Bordeaux.

8° *Deux observations de chorée mortelle*; par M. de Beauvais.

La tribune médicale.

1° *Monomanie de jalousie*; *type de dissimulation* ; par le Dr Berthier, médecin de Bicêtre (observation), (1873).

2° *Folie ramenée à ses éléments primitifs par une maladie incidente*; par le Dr Berthier (observation), (1873).

3° *Hystérie chez un adulte*; par le Dr Berthier, (1874).

Les cas d'hystérie chez l'homme ne sont pas aussi rares qu'on veut bien le croire; le Dr Berthier en cite un exemple de plus chez un jeune homme de 22 ans; il croit fermement avec le Dr Castan (voir *Montpellier médical*, décembre 1873), que l'hystérie est une névrose protéiforme commune aux deux sexes, quoique plus fréquente chez la femme.

4° *Inhalations de chloroforme dans l'éclampsie des enfants*; par le Dr Alf. Liégard de Caen, (1874).

5° *Folie cataleptique*, par le Dr Berthier, 1874). Article de journal, dans lequel le Dr Berthier s'étonne que la folie cataleptique n'ait pas sa place en nosologie au même titre que les folies épileptiques, hystériques et autres; il cite une observation à l'appui de sa cause pour attirer l'attention de ses confrères et susciter des nouvelles recherches.

6° *Dispositions législatives à prendre pour protéger la société contre les aliénés et les épileptiques reconnus dangereux*; par le Dr T. Gallard (1874).

Lorsqu'un accusé aura été reconnu irresponsable il devra

être conduit dans un établissement spécial, et interdit de droit. Dans le cas de guérison, il faudra un nouveau jugement pour obtenir sa mise en liberté.

Dr Doutrebente.

LA NOTION DE LA PERSONNALITÉ.

Nous empruntons à la *Revue scientifique* l'observation suivante qui offre plus d'une analogie avec celle de M. Azam, que nous avons publiée dans notre dernier numéro.

A M. Émile Aglave.

Cher Monsieur,

Lorsque j'ai lu, dans la livraison du 20 mai dernier de votre *Revue scientifique*, l'observation d'*amnésie périodique ou dédoublement de la vie* présentée à l'Académie des sciences morales et politiques par M. Azam, il m'a semblé reconnaître l'histoire d'une de mes anciennes clientes, tant il y a de similitude entre l'affection nerveuse que décrit mon honorable confrère de Bordeaux et celle que j'ai observée moi-même.

Ma première pensée a été de lui adresser immédiatement les notes que j'ai recueillies à cette époque, surtout lorsque j'ai vu, à la fin de son mémoire, qu'il préparait un nouveau travail sur ce sujet.

Mais je n'avais pas ces notes sous la main, les électeurs de Loir-et-Cher m'ayant fait quitter la médecine pour la politique, — ce qui n'est pas si différent qu'on pourrait le croire. J'ai dû attendre l'occasion prochaine d'un voyage à Blois, où m'appelait la réunion annuelle de l'Association médicale, et j'en ai rapporté les éléments de cette lettre.

C'est vers 1845 que je commençai à être témoin des accès de somnambulisme de Mlle R. L., et j'eus pendant une douzaine d'années l'occasion à peu près quotidienne d'étudier ce phénomène si bizarre. Mlle R. L. pouvait avoir alors vingt-huit ans environ. Grande, maigre, cheveux châtains, d'une bonne santé habituelle, d'une susceptibilité nerveuse excessive, Mlle R. L. était somnambule depuis son enfance. Ses premières années se passèrent à la campagne, chez ses parents; plus tard elle entra successivement en qualité de lectrice ou demoiselle de compagnie dans plusieurs familles riches, avec lesquelles elle voyagea beaucoup; puis enfin elle choisit un état sédentaire et se livra au travail d'aiguille.

Une nuit, pendant qu'elle était encore chez ses parents, elle rêve qu'un de ses frères vient de tomber dans un étang du voi-

sinage ; elle s'élance de son lit, sort de la maison et se jette à la nage pour secourir son frère. C'était au mois de février; le froid la saisit; elle s'éveille saisie de terreur, est prise d'un tremblement qui paralyse tous ses efforts ; elle allait périr si l'on n'était arrivé à son secours. Pendant quinze jours la fièvre la retint au lit. A la suite de cet événement, les accès de somnambulisme cessèrent pendant plusieurs années. Elle rêvait haute voix, riait ou pleurait, mais ne quittait plus son lit. Puis peu à peu, les pérégrinations nocturnes recommencèrent, d'abord rares, ensuite plus fréquentes, et enfin quotidiennes.

Je remplirais un volume du récit des faits et gestes accomplis par Mlle R. L. pendant ce sommeil actif. Je me bornerai à ce qui est indispensable pour faire connaître son état.

Je copie sur mes notes :

Sa mère est l'objet fréquent de ses rêves. Elle veut partir pour son pays, fait ses paquets en grande hâte, « car la voiture l'attend ; » elle court faire ses adieux aux personnes de la maison, non sans verser d'abondantes larmes ; s'étonne de les trouver au lit, descend rapidement l'escalier et ne s'arrête qu'à la porte de la rue, dont on a eu soin de cacher la clef, et près de laquelle elle s'affaisse, désolée, résistant longtemps à la personne qui l'engage à remonter se coucher, et se plaignant amèrement « de la tyrannie dont elle est victime ». Elle finit, mais pas toujours, par rentrer dans son lit, le plus souvent sans s'être complétement déshabillée, et c'est ce qui lui indique, au réveil, qu'elle n'a pas dormi tranquille, car elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant l'accès.

Voilà le somnambulisme tel qu'on l'observe assez fréquemment. C'est un rêve en action commencé pendant le sommeil normal, et se terminant par un réveil, soit spontané, soit provoqué.

Mais ce n'est pas ce qui arrivait le plus ordinairement pour Mlle R. L.

Je copie encore :

Il est huit heures du soir environ ; plusieurs ouvrières travaillent autour d'une table sur laquelle est posée une lampe. Mlle R. L. dirige les travaux et y prend elle-même une part active, non sans causer avec gaîté le plus souvent. Tout à coup un bruit se fait entendre : c'est son front qui vient de tomber brusquement sur le bord de la table, le buste s'étant ployé en avant. Voilà le début de l'accès. Ce coup, qui a effrayé l'assistance, ne lui a causé aucune douleur; elle se redresse au

bout de quelques secondes, arraobe avec dépit ses lunettes, et continue le travail qu'elle avait commencé, n'ayant plus besoin des verres concaves qu'une myopie considérable lui rend nécessaires dans l'état normal, et se plaçant même de manière à ce que son ouvrage soit le moins exposé à la lumière de la lampe.

A-t-elle besoin d'enfiler son aiguille, elle plonge ses deux mains sous la table, cherchant l'ombre, et réussit en moins d'une seconde à introduire la soie dans le chas; ce qu'elle ne fait qu'avec difficulté et après bien des tentatives lorsqu'elle est à l'état normal, aidée de ses lunettes et d'une vive lumière.

Lui manque-t-il une étoffe, un ruban, une fleur de telle ou telle nuance? Elle se lève, part sans lumière, va chercher dans le magasin, dans le meuble, dans le tiroir où elle sait que l'objet se trouve, le découvre ailleurs s'il n'est pas à sa place, choisit — toujours sans lumière — ce qui convient le mieux, assortit la nuance et revient continuer sa besogne sans se tromper jamais et sans qu'aucun accident lui arrive. Elle cause en travaillant, et une personne qui n'a pas été témoin du commencement de l'accès pourrait ne s'apercevoir de rien si Mlle R. L. ne changeait de façon de parler dès qu'elle est en somnambulisme. Alors, en effet, elle parle *nègre*, remplaçant *je* par *moi*, comme les enfants, et usant de la troisième personne du verbe à la place de la première: «quand moi *est* bête » signifie quand je ne suis pas en somnambulisme.

Il est certain que l'intelligence, déjà plus qu'ordinaire dans l'état normal, acquiert pendant l'accès un développement remarquable, auquel contribue certainement une augmentation considérable de la mémoire qui permet à Mlle R. L. de raconter les moindres événements dont elle a eu connaissance à une époque quelconque, que les faits aient eu lieu *pendant l'état normal ou pendant un accès de somnambulisme*.

Mais, de ces souvenirs, tous ceux relatifs aux périodes de somnambulisme se voilent complétement dès que l'accès a cessé, et il m'est souvent arrivé d'exciter chez Mlle R. L. un étonnement allant jusqu'à la stupéfaction en lui rappelant des faits entièrement oubliés « de la fille bête » suivant son expression, mais que la somnambule m'avait fait connaître et que, par des efforts de mémoire, elle reconnaissait parfaitement vrais. Il est certains sujets dont elle cause le plus naturellement du monde pendant l'état de somnambulisme, et

dont elle supplie qu'on ne parle pas « à l'autre » parce que « moi *sait* qu'elle ne veut pas confier cela à vous; elle en serait très-malheureuse. »

Les personnes qui l'entourent ont soin, bien entendu, de lui éviter le chagrin d'avoir commis une indiscrétion, ou fait une confidence qu'elle annonçait elle-même devoir regretter profondément.

Ainsi, d'un côté excès de confiance et de franchise, aucune dissimulation; de l'autre, la retenue et la réserve inspirées soit par l'intérêt personnel, soit par la timidité, soit par les convenances.

La différence de ces deux manières d'être est on ne peut plus tranchée.

Voilà bien la double vie comme chez Félida X***, la somnambule de M. le docteur Azam, ainsi que l'amnésie périodique. Seulement, je ferai remarquer que, chez l'une comme chez l'autre, l'amnésie appartient à l'état normal, à l'état physiologique — l'oubli du rêve après le réveil est tout à fait normal — et non pas à l'état anormal ou pathologique, puisque, au contraire, pendant l'accès, la mémoire est double : elle rappelle les faits qui ont impressionné le cerveau pendant l'état normal et pendant l'état anormal. Peut-être vaudrait-il donc mieux donner à cette observation le titre de *mémoire double*, qui est le phénomène pathologique ou extraordinaire qu'il s'agit de mettre en lumière.

Chez Félida X*** comme chez R. L. , il y a dédoublement *certain pour elles* de la personnalité, et surtout chez la seconde qui parle d'elle-même à la troisième personne. C'est une erreur de conscience qui me paraît résulter précisément de la double mémoire ou du souvenir des deux états pendant la période d'état anormal; chacune sent en elle une autre personne qui ne sait pas tout ce qu'elle-même sait.

L'enfant et le nègre, cet enfant de l'humanité, ont physiologiquement l'habitude de s'objectiver : « Bibi a faim. » La notion de personnalité s'acquiert et peut s'altérer. On observe de la sensation de dédoublement dans certains cas pathologiques. Je me rappelle une convalescente de fièvre typhoïde qui avalait alternativement une cuillerée de potage pour sa moitié droite et pour sa moitié gauche. Un autre malade s'informait toujours de la santé de « cet autre », et m'expliquait plus tard que c'était un autre lui-même qu'il sentait couché à côté de lui dans son lit. Enfin, comme le fait remarquer M. Paul Janet dans son

article sur la *Notion de la personnalité*, relatif à l'histoire de Félida X*** (*Revue scientifique*, n° 50, p. 574, 1876), l'aliénation mentale s'accompagne assez souvent du sentiment de dédoublement.

Mlle R. L. a d'autant plus de motifs de commettre cette erreur, qu'elle a parfaitement conscience de la supériorité intellectuelle de l'une de ses personnalités, et que ses sens acquièrent alors une acuité, une sensibilité incomparables. On ne peut le contester au moins pour la vision, puisque la myopie disparaît et que la nyctalopie s'ajoute à l'héméralopie. Les yeux évitent même le grand jour, sans doute à cause d'une exagération de sensibilité de la rétine. J'ai cherché s'il se produisait alors quelque modification apparente dans l'organe de la vue. J'ai constaté que le globe oculaire était légèrement convulsé en bas ; mais les pupilles se rétrécissent et s'élargissent suivant les conditions normales. Les paupières sont un peu abaissées, de sorte que ce double abaissement de la paupière supérieure et du globe oculaire force Mlle R. L. à relever beaucoup la tête pour regarder un objet qui n'est cependant pas plus élevé qu'elle-même ; c'est le mouvement qu'on ferait pour voir pardessous un bandeau. Mais ce redressement de la tête ne s'opère pas lorsque l'objet à regarder se trouve placé plus bas, comme pour lire, écrire, coudre, etc.

J'ai cherché à me rendre compte de la disparition de la myopie par un relâchement d'une partie des muscles intra-orbitaires qui permettrait un certain degré d'aplatissement de la cornée ; mais je n'ai pu le constater. On sait, d'ailleurs, que la myopie n'a pas toujours la même cause.

Quand à l'audition, j'ai vu un soir Mlle R. L..., couchée l'oreille contre terre dans un jardin, disant qu'elle entendait pousser une plante ; mais j'avoue que je n'en ai pas été convaincu et qu'ici l'imagination pouvait bien jouer le principal rôle.

Un phénomène curieux que je dois signaler est celui-ci : ma somnambule n'*entend* que les bruits qu'elle *écoute*, que la personne qui s'adresse directement à elle. Les rires les plus bruyants, les conversations à haute voix, les cris même, elle n'entend rien si l'on n'a pas fixé son attention par une interpellation directe. C'est une analogie presque complète avec ce que les magnétiseurs appellent *se mettre en rapport*.

Le goût et l'odorat ne paraissent pas modifiés.

Pour les fonctions de circulation et de respiration, le rhythme

en est un peu ralenti ; mais elles subissent les variations ordinaires en rapport avec les perceptions et les émotions.

Il y a, pendant l'accès de somnambulisme, anesthésie générale du tégument cutané, même pour l'électricité ; la sensibilité ne persiste qu'en deux points : à la région latérale moyenne du col, de chaque côté, et au même niveau dans la gorge, c'est-à-dire sur le trajet de nerfs importants.

Le contact sur une de ces régions, avec le doigt ou autre chose à l'extérieur (une barbe de plume même suffit), avec une goutte de liquide ou un aliment quelconque à l'intérieur, provoque le réveil subit, ou le retour à l'état normal, avec sensation douloureuse, aggravée par le dépit d'être ramenée à l'état « bête. »

Avant d'avoir acquis par expérience la notion de cette particularité, Mlle R. L. s'était rendue « bête » elle-même, en essayant de boire ou de manger.

C'est en les cherchant qu'on a découvert les points sensibles extérieurs.

On ne peut les atteindre que par ruse, car Mlle R. L. se défend tant qu'elle peut contre ces attouchements, non-seulement à cause de l'ébranlement nerveux qui en résulte, mais parce qu'elle voudrait rester toujours dans l'état où elle se trouve.

Chose bizarre, le toucher conserve toute sa sensibilité.

J'ai dit que l'accès de somnambulisme commençait généralement, et presque tous les jours, dans la soirée. Quelquefois il survient pendant le sommeil normal. D'autres fois, une vive émotion donne lieu à un accès le matin, ou dans le cours de la journée.

Quand il est déterminé par cette cause, il se prolonge plus longtemps, et il est même arrivé qu'on en provoquât la cessation parce que cet état semblait dangereux, l'alimentation ne pouvant pas avoir lieu. Mais lorsque l'accès a commencé dans la soirée, Mlle R. L., après avoir continué la veillée, monte à sa chambre en même temps que ses compagnes, travaille dans l'obscurité ou se couche et passe insensiblement du sommeil agité au sommeil tranquille et normal, pour se réveiller à l'heure réglementaire.

Elle est alors très-étonnée de trouver achevée la besogne qu'elle se rappelle avoir seulement commencée, ou même avoir eu l'intention de commencer.

Le réveil provoqué s'annonce invariablement par trois bâille-

ments profonds se succédant à une ou deux secondes d'intervalle; ce n'est qu'après le troisième que le retour à l'état normal est complet.

Quelques inspirations de vapeur d'éther suffisent pour produire l'accès, mais quelquefois aussi je l'ai fait cesser de la même manière.

Les narcotiques ont amené parfois quelques heures d'un lourd sommeil normal suivi de rêves plus extravagants qu'à l'ordinaire et de somnambulisme.

L'exercice musculaire porté jusqu'à la fatigue n'a pas déterminé un sommeil plus tranquille.

L'économie souffre-t-elle de cette activité incessante? Mlle R. L. est maigre, mais bien portante.

J'ai pensé que cette affection, de nature hystérique, diminuerait à mesure que l'âge avancerait, et qu'elle finirait par disparaître. On m'affirme qu'elle a cessé depuis une dizaine d'années. Je souhaite le même sort à Mme Félida X...

J'ai rendu plusieurs confrères témoins des phénomènes nerveux que je viens de décrire. Je citerai particulièrement M. le docteur Lunier, inspecteur des asiles d'aliénés et des établissements pénitentiaires, qui était à cette époque directeur-médecin en chef de l'asile de Blois.

Il est certain que l'enchaînement des divers accès successifs par le lien du souvenir, auquel s'ajoute encore le souvenir de l'état normal, constitue une sorte de seconde vie et une personnalité spéciale, tandis que l'absence de souvenir, au sortir de l'accès, la mémoire ne s'appliquant plus qu'aux faits de l'état normal, caractérise l'autre personnalité, qu'on peut appeler normale.

Mais peut-on dire qu'il y ait là *amnésie*, dans le sens pathologique du mot? Evidemment non. L'oubli, je le répète, suit le plus ordinairement l'activité automatique du cerveau qui constitue le rêve ou conduit au somnambulisme. L'hypothèse de M. le docteur Azam que cette amnésie dépend d'un afflux moindre du sang au cerveau donne peut-être l'explication générale de ce phénomène, sans qu'il faille supposer un rétrécissement de nature hystérique des vaisseaux, puisque l'hyperémie qui accompagne l'activité des cellules nerveuses doit, en effet, diminuer au moment du réveil, par suite de la cessation du travail cérébral.

Peut-être est-ce précisément dans les cas où l'hyperémie

ne cesse pas immédiatement que le souvenir du rêve dure plus ou moins longtemps après le réveil.

Mais il me semble bien plus intéressant de rechercher l'explication du double souvenir. Or, si, suivant l'expression métaphorique de notre savant confrère le docteur Luys, la mémoire n'est autre chose que « la phosphorescence organique des éléments nerveux, » ne pourrait-on pas admettre que cette phosphorescence augmente en proportion de l'activité cérébrale et de l'afflux sanguin? D'où il faudrait conclure que si l'hystérie joue un rôle dans l'étiologie de l'affection nerveuse en question, ce serait en exagérant l'impulsion cardiaque, ou en dilatant les capillaires artériels cérébraux par l'intermédiaire du système vaso-moteur.

L'observation ultérieure de faits semblables éclairera ce sujet encore obscur, dont l'importance physico-psychologique ne saurait être contestée.

Agréez, cher Monsieur, l'hommage de mes sentiments bien sympathiques.

Dr Dufay,
député de Loir-et-Cher.

Versailles, 1er juillet 1876.

JOURNAUX ANGLAIS

Le Mental Science.

Analyse par le Dr E. Dumesnil.

Année 1873.

(Premier trimestre).

Articles originaux.

1° *Les sentiments religieux chez les épileptiques*, par le Dr James Howden;
2° *La législation sur les aliénés dans la Nouvelle-Zélande*, par le Dr Lauder Lindsay;
3° *Tumeurs du cerveau chez les aliénés et les individus non aliénés*, par le Dr R. Boyd.
4° *Sur les vols commis par les aliénés dans les premières périodes de la paralysie générale*, par le Dr Wilkie.
5° *Le bain en pluie dans la folie*, par le Dr John Campbell Burman.

1° Le Dr James Howden, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Montrose, appelle l'attention de ses confrères sur une

condition mentale des épileptiques qui, suivant lui, n'a pas été suffisamment notée, il s'agit de l'exaltation des sentiments religieux. L'irritabilité, la suspicion, la violence impulsive, l'égoïsme, des propensions terribles à l'homicide sont les caractères journellement observés dans cette affection, et cependant, étrange contradiction, on trouve fréquemment combinés avec eux des sentiments religieux très-intenses, se manifestant par une piété normale ou même par des conceptions délirantes dans cet ordre. Il n'y a rien là, sans doute, qui soit absolument particulier à l'épilepsie, mais c'est surtout dans cette maladie que cette disposition se rencontre le plus fréquemment.

Les causes qui concourent à ce résultat sont assez nombreuses : dans les cas congénitaux ou ceux qui datent des premières années de la vie, l'éducation donnée au jeune malade retenu à la maison, et qui ne peut se mêler aux jeux des autres enfants ; la nature en quelque sorte mystérieuse de la maladie; la conscience de l'infirmité et de l'irrémédiable, développant un besoin de sympathie chez les convulsifs, et aussi l'espoir, qui ne les abandonne jamais, de voir cesser leurs crises, espoir qui trouve son plus grand appui dans la religion et toutes les promesses d'un monde meilleur pour ceux qui souffrent ici-bas, etc.

Puis, quand le sentiment religieux s'exalte jusqu'aux conceptions délirantes, un autre élément du type épileptique est mis en jeu. La vanité et le moi donnent une forme et un corps aux rêves et à la fantaisie. Lorsque le sommeil ou l'extase dus à l'épilepsie ont interrompu toute communication avec le monde extérieur, l'esprit, toujours tenu en éveil, opère sur les matériaux accumulés par la mémoire et enfante ces étonnantes visions où l'égoïsme le plus outré trouve sa satisfaction dans des entrevues avec le Tout-Puissant ou dans des révélations concernant le salut de la race humaine.

L'auteur donne ici quelques observations choisies entre beaucoup d'autres, démontrant les rapports qui existent entre l'épilepsie et le sentiment religieux; observations graduées, depuis ce qui (abstraction faite de la coexistence des plus vicieuses qualités) pourrait être considéré comme une piété normale, jusqu'aux visions et aux aberrations mentales et religieuses les plus extravagantes.

Lorsque des conceptions délirantes actuelles se remarquent chez les épileptiques, elles sont généralement fondées sur des visions nées pendant un état d'extase; mais parfois, suivant le

Dr James Howden, elles persistent après que le souvenir de la vision sur laquelle elles étaient étayées, s'est évanoui. Parmi les cas de délire religieux des plus exagérés, il cite deux observations, entre autres, fort remarquables, en ce que les visions ressemblaient exactement à celles que l'on suppose s'être manifestées à un grand nombre d'enthousiastes religieux.

En terminant son travail, notre confrère se demande si ces faits ne doivent pas amener naturellement à rechercher jusqu'à quel point l'épilepsie n'a pas eu affaire avec l'origine de certaines croyances religieuses, ainsi qu'avec les visions de beaucoup d'individus appelés imposteurs religieux.

Malgré la difficulté du sujet et les lacunes laissées à cet égard par les biographes, il est pourtant positif que fréquemment, ici, des allégations de folie ont été mises en avant; et quoique cela ne soit pas spécifié, on ne peut s'empêcher de soupçonner, d'après la nature même de la folie, que dans beaucoup de cas, l'épilepsie en était le point de départ.

Il est toutefois incontestable que beaucoup de fanatiques religieux étaient épileptiques ou cataleptiques. Tels étaient les individus saisis de la manie dansante au quatorzième siècle. Anne Lee, la mère des quakers, est dépeinte comme une créature sauvage dès sa naissance, en proie à des convulsions hystériques, violente dans sa conduite, avide de se mettre en évidence et dévorée du désir déréglé du pouvoir. Le trouble mental d'Emmanuel Swedemborg, si magistralement étudié tout récemment par le Dr Maudsley, ne semble-t-il pas avoir emprunté sa physionomie à l'épilepsie? Les visions de John Engellercht ont beaucoup d'analogie avec celles de Swedemborg. Il est grandement probable que Mahomet était un épileptique; aussi Washington Irving, dans sa *Vie de Mahomet*, dit : « que Gust. Weil discute la question de savoir si le Prophète était sujet à des crises de cette nature, ce qui a été généralement considéré comme un mensonge inventé par ses ennemis et les écrivains chrétiens. Qu'il semble pourtant avéré qu'il en était ainsi d'après quelques-uns des biographes mahométans anciens et cela sur l'autorité de personnes qui vivaient dans son intimité, etc., etc. »

Bayle n'est pas moins affirmatif sur ce point, et le Dr Moreau, de Tours, pour qui la maladie du Prophète ne fait pas de doute, cite à cet égard ce passage emprunté à Gisbert Voetius : *Non video cur hoc negandum sit (epilepsiæ et maniacis deliriis aut enthousiasmis diabolicis Mahommedi adfuisse energema), si vitam*

et actiones ejus intueamur. » Les habitants de la Mecque le considéraient comme un fou et un possédé.

L'auteur termine en se demandant comment une croyance qui, encore aujourd'hui, gouverne l'esprit de plus de 200 millions d'hommes, n'a pas eu d'autres fondements que les visions et les songes d'un épileptique. Mais, ajoute-t-il, les systèmes religieux ne doivent pas être jugés d'après les lois ordinaires de la raison ; ils doivent plutôt être appréciés par leur influence pour le bien ou pour le mal sur la vie des hommes et de la société. L'imagination peut, lorsqu'elle est entièrement libre, durant un état d'extase, opérer sur ce qui, pendant l'état de conscience, était un thème constant de réflexions et élaborer en conséquence des idées et des théories fécondes en vérités morales. Quoique la vanité ait, sans doute, influencé les actions de la plupart de ceux que l'on a appelés des imposteurs religieux, elle s'est traduite en efforts tendant à l'avantage des autres et à satisfaire cette aspiration qui semble instinctive à l'esprit humain : de s'appuyer, pour obtenir aide et sympathie, sur quelque chose de plus puissant et de meilleur que nous, de relier la vie présente à un état d'existence qui ne doit pas finir, et d'atteindre un haut degré de perfection morale.

En fait de croyances religieuses, le Dr James Howden incline ici à ranger dans le même ordre de faits les apparitions surnaturelles qui en 1872, et depuis, ont causé tant d'émotion en France, et il ne s'étonne plus que les Arabes ignorants, qui vivaient il y a treize cents ans, aient embrassé avec ardeur la foi musulmane qui, en montrant à leurs yeux les brillantes espérances d'une vie future, s'adaptait si bien à leurs dispositions du moment.

Mais il faut laisser à l'auteur le bénéfice de ces rapprochements, pour recommander sans réserve la lecture des observations qu'il a produites dans le cours de son travail.

2° Le Dr Lauder Lindsay consacre un long article à la situation de la législation sur les aliénés dans la Nouvelle-Zélande.

Au mois de mars 1872, le *Journal médical d'Édimbourg* annonçait que le gouvernement de cette colonie avait décidé certaines résolutions concernant une réforme à ce sujet et, notamment, la proposition de désigner au moins un commissaire en aliénation qui agirait comme conseiller du gouvernement dans toutes les matières de cette nature et qui, en même temps, inspecterait tous les asiles d'aliénés de ce pays.

Le Dr Lauder Lindsay avait douté de la réalisation de ce trop beau projet et les communications qu'il a reçues depuis sont venues confirmer ses appréhensions. En effet, le Dr Buchanan, membre du conseil législatif de la Nouvelle-Zélande, lui écrivait quelque temps après, que les propositions en question n'avaient pas encore été adoptées, mais qu'il n'y avait nullement de sa faute, et, en fait de progrès et de réforme sur ce point, il donnait les renseignements les moins satisfaisants.

Ainsi le Dr Buchanan est d'avis, avec le Dr Lauder Lindsay, qu'il y a 25 ans les vues du gouverneur étaient plus libérales que celles du gouvernement d'aujourd'hui, qui ne désire pas le moins du monde voir à la tête de ce service, même un seul inspecteur officiel, pour surveiller tous les asiles de la contrée. Tandis qu'on vote des sommes considérables pour des besoins moins importants, on refuse la somme jugée nécessaire (30 à 36 mille francs) pour un service d'Inspection dont les deux Chambres ont cependant reconnu la nécessité, et malgré les faits épouvantables de cruauté et d'ignorance mis au jour par le comité pour l'un, au moins, de ces établissements.

Cette triste découverte a servi toutefois à exercer une certaine pression sur les autorités provinciales qui ont voté une somme de 125 mille francs pour la construction d'un nouvel asile dans une localité bien préférable à Wellington, pour remplacer la petite et misérable *bicoque* en bois située à Kaori.

« Pour montrer le peu d'intérêt que nos hommes publics portent à cette question, ajoute le Dr Buchanan, je puis noter que la commission de quinze membres nommée par l'Assemblée à la dernière session, devait se réunir en corps pour aller visiter Kaori, mais au jour et à l'heure convenus, un seul membre fut exact au rendez-vous, c'était moi. »

Aucun ouvrage concernant le traitement et les soins convenables à donner aux aliénés, les constructions et les aménagements qui leur sont applicables, d'après le système moderne, ne se trouve dans la bibliothèque de l'Assemblée.

La parcimonie fait rejeter ou bien ajourner ce qui serait indispensable pour le soulagement de cette infortune.

Quelque triste que soit le tableau de l'apathie du gouvernement et du public de la Nouvelle-Zélande à cet égard, quelque déplorables qu'en soient les conséquences, il serait injuste,

d'après le Dr Buchanan, de croire que cette situation est particulière à cette colonie. Pour lui, il en a été à peu près de même, et il en est encore ainsi peut-être, non-seulement dans toutes les colonies anglaises, mais même en Grande-Bretagne et dans chaque pays civilisé, malgré la réputation d'humanité et de générosité de ses habitants.

Ainsi, dans la colonie sœur, la Nouvelle-Galles du Sud, le Dr Manning lutte sans succès jusqu'à présent (1873) contre l'apathie parcimonieuse du gouvernement, dans le but de réformer le service de l'aliénation dans cette possession dont l'étendue, la date de création, la civilisation matérielle de sa ville principale, Sydney, l'emportent de beaucoup sur la Nouvelle-Zélande.

Le rapport de 1855 et celui du Dr Manning en 1868, qui contenaient tant de précieuses indications, sont restés lettre-morte; on n'a pas fait un pas depuis un quart de siècle et il n'y a pas la moindre apparence que les réformes les plus indispensables doivent être prochainement abordées.

Afin d'indiquer ce que le gouvernement de la Nouvelle-Zélande aurait de plus rationnel à mettre à exécution dans les circonstances actuelles, le Dr Lauder Lindsay consigne ici de très-utiles remarques sur la situation présente de la législation concernant les aliénés, sur les lois et règlements qui leur sont appliqués dans cette colonie; il discute longuement les deux ordonnances qui règlent la matière (l'ordonnance de 1846 et l'ordonnance modifiée de 1858), et en signale les imperfections, les défauts et les insuffisances. Il formule enfin ses vues de la manière suivante pour les réformes, additions et modifications qu'il semble nécessaire ou désirable d'adopter, suivant lui :

1° Consolidation et simplification des lois sur les aliénés, d'après l'un des meilleurs modèles d'*Amérique*;

2° Simplification aussi grande que possible des formalités d'admission et de sortie;

3° Appel de fonctionnaires capables, de tous grades, dans les divers asiles provinciaux;

4° Formation d'un comité spécial pour la colonie;

5° Substitution d'enquêtes faites par des experts ou devant eux, aux enquêtes ordinaires du jury, dans les cas où l'aliénation mentale est en question;

6° Appropriations de diverses classes d'asiles, comprenant :

A. Asiles spéciaux dans les provinces où il n'en existe aucun actuellement;

B. Colonie centrale de Gheel pour l'application économique industrielle des imbéciles inoffensifs et des aliénés chroniques;

C. Maisons de réforme pour les ivrognes habituels ou aliénés;

D. Asiles cliniques urbains;

E. Maisons d'admission rurales, ou asiles cottagers de paroisse;

F. Asiles privés pour les classes aisées;

7° Collection de statistiques sérieuses sur l'aliénation, en Nouvelle-Zélande, concernant aussi bien les Maoris que les colons.

Ce programme qui, sur quelques points au moins, serait fort discutable pour les pays d'Europe, ne sera pas suivi, probablement, dans la colonie anglaise, même en ce qu'il offre de pratiquement excellent et d'immédiatement réalisable.

3° L'article sur les tumeurs du cerveau, par le Dr Boyd, se continue dans un autre numéro du *Mental science*, et sera analysé plus tard.

4° Le Dr Wilkie Burman de l'asile de West-Riding ayant reçu, presque au même moment, trois individus atteints de paralysie générale venant de la prison ou ayant subi un emprisonnement depuis fort peu de temps pour vol, et persuadé, d'après les rapprochements, que le début de l'affection était antérieur au délit, s'est livré à quelques recherches concernant les faits analogues qui ont pu se présenter dans l'établissement dont il est question. Le résultat est : que six fois, depuis quatre ans, des individus dans de semblables conditions ont été admis dans cet asile. Il croit donc devoir appeler sur ces faits l'attention des médecins des prisons et de toutes les personnes que cela concerne, espérant qu'ils s'appliqueront encore avec plus de soin, dans ces circonstances, à l'étude des symptômes, surtout des initiaux, tant de l'ordre mental que de l'ordre physique, de cette affection commune et particulière, appelée paralysie générale des aliénés.

Quoique le vol soit le délit le plus fréquent qui se commette alors, ce qui s'explique par les idées si fréquentes de grandeurs et de propriété et l'obscurcissement de la notion du tien et du mien, d'autres infractions à la loi ont pourtant aussi lieu dans les premières périodes de la maladie. Ainsi, l'auteur cite un individu qui avait jeté bas le mur du jardin de son voisin persuadé, sous l'influence de ses conceptions maladives, qu'on avait empiété sur sa propriété. Si l'on se rappelle la nature

spéciale et exaltée des idées délirantes de ces malades, on conçoit aisément toutes les variétés d'offenses, au point de vue oriminel ou civil, qu'ils pourront commettre et qu'ils commettront presque à coup sûr, s'ils n'en sont pas empêchés.

Dans la courte description qu'il donne des six observations dont il vient d'être fait mention, le Dr Burman montre qu'il est parfois évident que la nature de l'objet dérobé est en intime et positive relation avec l'idée délirante dominante.

A oes faits, il en ajoute un autre qui vient étayer cette assertion, qui sera partagée par tous les médecins qui ont dirigé des asiles, qu'à cet égard les erreurs des juges et des jurés sont malheureusement des plus fréquentes. A son avis, dans ces six cas, le diagnostic de l'affection aurait pu être établi, sans examen bien prolongé, dès les premiers moments de l'incarcération, par tout médecin n'ayant même que les notions les plus rudimentaires des symptômes de la paralysie générale; et dans un de ces cas même, un membre de la justice, quoique étranger à la médecine, ne s'y trompa nullement. A son avis encore, telle est la conclusion du travail, la nécessité d'études et de connaissances spéoiales sur l'aliénation mentale, en ce qui concerne les médecins requis à propos de la population criminelle, appellera, avant qu'il soit peu, l'attention sérieuse des autorités compétentes.

5° Pendant son séjour à l'asile de Garlande (Carlisle), en qualité de médecin adjoint, le Dr J. A. Campbell a noté avec beaucoup de soin les effets des bains d'affusion qui ont été prescrits aux aliénés, et il a présenté à la Société psychologique (séance de novembre 1872) le résultat de ses observations.

Il fait d'abord remarquer qu'il ne s'agit pas de ces bains où l'on verserait en quelques secondes des pleins baquets d'eau sur la tête des patients; dans l'établissement dont il est question, on ne met en usage que les bains en pluie. La plus grande hauteur d'où tombe l'eau, à travers une plaque de zinc de 14 pouces de diamètre, est de 5 pieds; la quantité qui tombe sur la tête du malade en une minute est de 4 gallons (18 litres).

Cent dix-huit malades (51 hommes et 67 femmes) ont été soumis à ce traitement, dans l'espace de cinq ans et demi.

Jamais la durée du bain n'a dépassé une demi-minute pour les femmes et une minute pour les hommes. Les premières affusions n'ont duré même, parfois, que quelques secondes. Les périodes du traitement ont varié depuis quelques jours jus-

qu'à six mois, une année, et même deux ans dans un cas. En général, cette durée a été de quatre mois.

C'est immédiatement après la sortie du lit que les aliénés recevaient le bain.

Après avoir indiqué dans quelles variétés de la folie ce moyen a été employé, le nombre des malades traités, leur âge, le sexe, les résultats favorables ou nuls, etc., etc., et fait remarquer que les bains en pluie ne peuvent être administrés prudemment qu'à des personnes d'une santé physique suffisamment bonne, sans affection cardiaque ou pulmonaire, et qu'il est néoessaire, après l'affusion, de pratiquer une friction efficace sur tout le corps, le Dr Campbell termine sa communication par ces conclusions :

Un léger bain en pluie, chaque matin, semble extrêmement utile dans le traitement de certains états du système nerveux liés à l'aliénation mentale, et spécialement les suivants :

1° Manie puerpérale à la période dépressive ;

2° Manie hystérique chez les jeunes filles ;

3° Etat ayant quelque analogie aveo le précédent, chez les jeunes garçons et les jeunes gens, et dépendant de causes sexuelles ;

4° Dans les cas d'excitation persistante sans cause organique.

L'article « Revue » de ce trimestre contient, entre autres analyses, une appréciation des rapports des inspecteurs pour l'aliénation mentale, en 1872 (Angleterre, Ecosse et Irlande). Parmi des aperçus intéressants, on y soulève diverses questions relatives au traitement thérapeutique des malades qu'on trouve négligé au delà de toute expression, à l'instruction à donner aux praticiens qui se destinent à cette branche de la médecine, à l'insuffisance de l'organisation actuelle des asiles pour répondre à tous les besoins, aux lacunes de la législation en ce qui concerne les aliénés, etc., etc.

Dans l'examen du rapport du Dr Wilkins, inspecteur général des aliénés pour l'Etat de Californie, nous trouvons ce passage, pris dans le travail même, à propos de l'administration générale des asiles : « La vigilance exercée par les comités d'inspection dans la Grande-Bretagne et l'admirable organisation dont il vient d'être parlé (aucun médecin-directeur n'étant choisi s'il n'a pas été préalablement médecin adjoint et, lorsque le choix est fait, ayant complète autorité, etc., etc), rend ce système supérieur à tout ce qui existe ailleurs et devrait être adopté dans toutes les autres contrées. » Le Dr Wil-

kins est aussi d'avis que les aliénés, en Californie, ne peuvent être conservés et guéris à domicile, et il est convaincu : « que toute visée à l'économie, à l'égard des besoins réclamés par ces malades, n'est en définitive qu'une pauvre économie et la plus détestable philanthropie. Attachons-nous donc plus que jamais à cette mesure que nous avons si sagement inaugurée et qui nous a placés au premier rang parmi les Etats de l'Union et les nations du monde, et bâtissons des asiles pour tous nos compatriotes qui sont devenus assez malheureux pour avoir besoin d'y être admis et d'y recevoir les soins qui leur rendent la santé. »

On sait que le Dr Wilkins avait reçu la mission de son gouvernement, de se rendre dans les principaux asiles des Etats-Unis et de toute l'Europe; c'est après en avoir visité 149 avec la plus grande attention (1869 et 1870), qu'il a écrit le rapport dont il est fait mention ici, rapport des plus remarquables et qui, comme on le dit avec raison, fait autant d'honneur à son mérite personnel qu'à la philanthropie de cet Etat occidental de l'Amérique auquel il appartient.

— Dans le Recueil médical imprimé (2e volume 1872), sur l'asile de West-Riding, le Dr Wilkie Burman rend compte de ses essais sur l'usage du suc de ciguë (alcaloïde fort peu défini) qu'il a employé, après l'avoir traité par un peu d'acide hydrochlorique ou acétique et l'avoir ensuite dissous dans une petite quantité d'alcool et d'eau. Alors, cinq gouttes de la solution équivalent à une goutte de l'alcaloïde. Le résultat est d'abattre, dans les cas de manie, l'excitation motrice, d'empêcher l'amaigrissement et l'épuisement, de faciliter la guérison et de n'occasionner aucun dérangement des fonctions digestives ou de la circulation. En combinaison avec la morphine, les effets seraient directement des antagonistes de l'état d'agitation maniaque; aussi les deux agents peuvent être employés conjointement avec grand succès dans le traitement de la manie. Mais le commentateur fait remarquer que cet alcaloïde est une préparation aussi incertaine que le suc, que son énergie varie considérablement et que son état d'impureté peut en empêcher l'action ou le rendre dangereux ; il engage le Dr Burman à essayer l'emploi de l'alcaloïde de jusquiame.

Ce Recueil de l'asile de West-Riding contient aussi un article du Dr Sutherland, au sujet de recherches dirigées avec la plus grande attention sur la condition des fonctions cataméniales chez plus de cinq cents malades de cet établisse-

ment, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Dans l'idiotie ou le crétinisme, la puberté est ordinairement retardée ou manque ;

2° Dans la folie épileptique, les attaques, à la période cataméniale, augmentent généralement en nombre et les malades sont fréquemment excitées ;

3° Les exacerbations d'excitation dans la manie, arrivent ordinairement au moment des règles et un état d'excitation intense se maintient presque continuellement chez les aliénées atteintes de ménorrhagies ;

4° Dans la mélancolie, un grand nombre de malades sont atteintes de ménorrhée ;

5° Dans la démence, les aliénées sont ordinairement réglées normalement ;

6° Dans la paralysie générale, la menopause survient fréquemment de bonne heure ;

7° Très-rarement, les règles reviennent chez des aliénées âgées après une cessation prolongée.

— Vient ensuite le travail du Dr Mitchell sur les effets de l'éther ou du chloroforme combinés à l'oxyde nitreux; combinaison qui, d'après ses expériences, empêche la suffocation, le vomissement, ce qui arrive si fréquemment après l'inhalation du chloroforme, et qui, alors même, que la plus profonde anesthésie a été produite, n'a jamais donné lieu à cette intense lividité de la face et à ces tiraillements convulsifs qui accompagnent si souvent l'administration de l'oxyde nitreux.

A propos des stimulants, il affirme, contrairement aux vues du Dr Anstie, qu'ils diminuent les activités vitales : « Ils détruisent, suivant l'expression du Dr Hasley, les énergies des tissus et des fluides de l'économie, pour absorber l'oxygène et exhaler l'acide carbonique, et la stimulation, comme on l'entend en général, n'existe pas. »

— Cette Revue se termine par une critique assez sévère d'un travail de M. Balfour-Browne, avocat, « sur la valeur scientifique des preuves légales de la folie ; » et par un compte rendu de l'ouvrage de notre compatriote, le Dr Bouchard, sur l'hémorrhagie cérébrale, ouvrage qui a été traduit en anglais par le Dr Mac Lagan.

— Suit, enfin, une analyse d'observations dues au Dr Wilks, médecin de l'hôpital de Guy, savoir : A. un cas d'aphasie type la faculté de s'exprimer et d'écrire étant perdue, mais non la faculté du langage ; la malade réapprit à parler par l'exercice, par une seconde éducation pour ainsi dire ; ce cas est des

plus intéressants en ce qui regarde la question de la localisation du langage dans un point particulier du cerveau, théorie dont le Dr Wilks est partisan; B. un cas d'hystérie compliquée de paralysie musculaire, que le traitement moral et, en particulier, un appel vigoureux à la bonne volonté de la malade, parvinrent à guérir; le Dr Wilks fait remarquer que le traitement dans un établissement public, dans un hôpital, a beaucoup plus de prise sur les hystériques que le traitement au sein de la famille; il fait à ce propos quelques remarques sur le diagnostic de ces paralysies qui reconnaissent pour cause unique le manque de vouloir des malades; C. deux faits de tétanos intermittents qui ont guéri rapidement, l'un par le chloral, l'autre par le bromure de potassium; D. trois cas de contracture des membres avec paralysie due probablement, suivant l'auteur, à une sclérose de la moelle; F. deux cas de tremblement et de paralysie agitante dépendant selon lui : « d'un état d'affaiblissement des centres nerveux avec tendance à la paralysie. Il n'est pas déraisonnable de supposer que ces accidents peuvent être liés à une dégénérescence de la moelle. C'est d'après cette théorie que la chorée, spécialement, lorsqu'elle affecte un côté, serait due à l'embolie des capillaires des ganglions centraux du cerveau, » etc., etc.

Pour le Dr Wilks, dans les diverses formes de paraplégie, les courants continus constituent l'un des meilleurs traitements, probablement le meilleur; si le moyen échoue, il y a toute raison de croire que l'affection dépend d'une lésion organique, de structure, etc., etc.

2e Trimestre.

Travaux originaux :

1° *Distribution locale de la folie et de ses variétés en Angleterre et dans le pays de Galles*, par le Dr Clouston;
2° *Notes sur l'épilepsie et ses conséquences pathologiques*, par le Dr Crichton Browne;
3° *Tumeurs du cerveau chez les aliénés et les personnes non aliénées*, par le Dr R. Boyd;
4° *Uniformité des rapports dans les asiles publics*, par le Dr Campbell;
5° *Le courant galvanique appliqué au traitement de l'aliénation mentale*, par le Dr Newth;
6° *Les asiles de Paris en 1872*, par le Dr H. Sutherland.

1° La manière dont quelques maladies semblent se confiner

dans des localités particulières, dit le Dr Clouston, et affecter certaines classes de personnes, ainsi que les raisons de ce fait, ont toujours été l'objet d'attrayantes études pour le médecin. Chaque année voit pour ainsi dire accroître cet intérêt, ce qui se comprend parfaitement, puisque ces recherches jettent une lumière directe sur la nature de la maladie et que leur solution tend à son immédiate prévention. Sans doute, certaines affections se prêtent mieux que d'autres à cos investigations, mais cependant il n'est point de maladie qui n'ait plus ou moins sa prédilection, soit pour le lieu de son développement, soit pour la classe des individus atteints par elle. Les lésions cérébrales, à cet égard, ne diffèrent pas de celles des autres organes, ce qui pourtant n'a pas été suffisamment remarqué.

La vaste sério de maladies comprises aujourd'hui sous ce terme, aliénation mentale, dominent plus dans certains endroits que dans d'autres; attaquent quelques classes de personnes plutôt que d'autres; sont sollicitées à un développement actuel, ou retardées, lorsque des tendances latentes, à elles inhérentes, existent, grâce à certains agents ayant une prédominance locale, et elles affectent évidemment une forme plutôt qu'une autre par l'effet d'influences locales. Cette règle est aussi singulière qu'elle est positive. Lorsqu'on consulte avec soin les différents rapports des asiles d'aliénés d'un pays, on constate qu'il y a des formes de dérangement cérébral (ou variétés d'insanité comme on le désigne), qui se rencontrent abondamment dans une circonscription territoriale et que l'on ne remarque rarement plus loin. Des maladies du cerveau qui tuent plus que le tiers de tous les aliénés dans les asiles de certains de nos comtés, n'en enlèvent que cinq pour cent dans ceux d'autres comtés.

La preuve de toutes ces assertions, ajoute l'auteur, peut être facilement donnée par la méthode numérique, et la distribution de la folie et de ses variétés peut être plus largement fixée à l'aide de ce moyen, que celle de toute autre affection. En effet, lorsque l'aliénation frappe sous une forme déterminée une porsonne appartenant aux classes qui composent les dix-neuf vingtièmes de la population de ce pays, le traitement devient si difficile et si coûteux, que, s'il doit durer longtemps, il est presque inévitable que les dépenses n'en retombent pas à la charge du public. On possède donc des documents certains sur le nombre des individus de chaque comté et de chaque district, en Angleterre et en Écosse, que la folie atteint chaque année.

Après quelques autres considérations, le Dr Clouston aborde son sujet qu'il se propose d'examiner sous treize points de vue principaux. Dans la partie que nous avons sous les yeux et qui n'a pas été continuée jusqu'à présent, ce qui est regrettable, il considère : 1° la distribution locale de la folie par rapport à l'augmentation décennale de la population (de 1861 à 1871); 2° la distribution locale de l'aliénation mentale en rapport avec le paupérisme et la richesse des comtés de l'Angleterre et du pays de Galles.

Des tableaux d'une grande clarté, des appréciations et des déductions aussi nettes que solides, tirées des nombreux documents officiels consultés, donnent à cette partie du travail un grand intérêt, mais il n'est pas possible de les reproduire ici; nous nous contenterons donc de transcrire les conclusions que l'auteur a tirées de ces deux premiers aperçus :

« Les recherches que nous venons d'exposer, démontrent clairement, sauf certaines exceptions, que lorsque la population d'un pays augmente rapidement, ses aliénés sont peu nombreux et ne s'accroissent pas proportionnellement si vite que les individus; le contraire de ce fait est aussi généralement vrai;

» La folie marche avec le paupérisme, *la main dans la main*, pour ainsi dire, à travers toute une région;

» Le fait de l'uniformité de la diffusion de la richesse dans une contrée, semble diminuer positivement la somme de la production des affections mentales. »

2° Le mémoire de près de 50 pages que le Dr Chrichton Browne intitule trop modestement : « Notes sur l'épilepsie, » n'est pas seulement une exposition des conséquences anatomo-pathologiques déterminées par cette affection, c'est aussi une appréciation savante et clinique des principales phases de la maladie, appuyée d'observations parfaitement choisies.

L'épilepsie, dit-il, une des causes les plus prolifiques de la folie et qui remplit nos établissements spéciaux de malades aussi dangereux qu'ingouvernables, exerce invariablement sur les personnes qui en sont atteintes une influence préjudiciable. Les auteurs qui ont trouvé des exceptions à cette règle, ceux qui ont avancé que cette affection peut exister toute la vie, avec une parfaite intégrité morale et intellectuelle, ceux qui même, allant encore plus loin, ont écrit que l'épilepsie donnait parfois une merveilleuse acuité de conception, une grande intensité

d'imagination à ses victimes, ont mal observé et se sont complétement trompés. Assurément, de semblables qualités ne doivent pas être regardées comme les fruits de l'épilepsie, mais bien plutôt comme les productions naturelles d'un terrain sur lequel la plante pernicieuse a plus de tendance à prendre racine et à fleurir. De ce que plusieurs grands hommes, ce qui est incontestable, ont souffert de l'épilepsie d'une manière ou d'une autre, il ne s'ensuit nullement qu'il y ait aucune relation étiologique entre cette affection et l'illustration. Combien, sans doute, ces supériorités n'auraient-elles pas été plus accentuées encore, sans les obstacles que le mal convulsif leur a opposés? Disons donc avec Esquirol, qui a si bien résumé les effets de l'épilepsie sur la nature physique et psychique de l'homme, que cette névrose abrége la vie, dérange la nutrition, dégrade les facultés mentales, mine la rectitude de caractère, dispose au suicide, à la violence, au mensonge, aux abus vénériens, à l'onanisme...

Mais le but principal de l'auteur est d'exposer et de décrire ici un certain nombre des changements, les plus frappants et les plus fréquents, dans l'aspect de la structure du cerveau, résultant de l'épilepsie, et auxquels se lient incontestablement, suivant lui, quelques-unes de ces infirmités mentales.

Les recherches ont porté sur l'examen nécroscopique de soixante épileptiques, décédés dans le service même du Dr Crichton Browne, à l'asile de West-Riding. Dans ce nombre, il choisit les cas les plus saillants, qui sont de nature à faire le mieux ressortir les changements subits par le cerveau et ses enveloppes, et correspondant à certaines phases avancées de la maladie et à certains modes de sa terminaison. Ces changements, quoique se rapportant aux périodes ultimes de la névrose, n'en ont pas moins une grande importance par eux-mêmes et jettent une assez vive lumière sur les altérations primitives et moins saisissables qui ont été leur point de départ et qui correspondent à ce que l'on peut appeler l'époque fonctionnelle dans l'évolution de l'épilepsie.

Il est d'usage, et il est d'ailleurs convenable, de diviser les phénomènes de l'épilepsie en deux classes, ceux qui se manifestent durant les paroxysmes et ceux qui ont lieu dans les intervalles des paroxysmes. Néanmoins, en recherchant comment l'épilepsie agit sur le cerveau, dérange son action, détériore sa structure, il est seulement nécessaire d'en référer aux phénomènes du paroxysme qui sont l'expression de l'essence

de la maladie. Les symptômes des inter-paroxysmes sont simplement la signification de quelques conséquences de l'attaque et ne dénotent aucune évolution active de nature dommageable. C'est dans les différentes phases de l'attaque, que l'on peut rapporter à trois : spasme des vaisseaux, congestion veineuse avec pression cérébrale et enfin coma et empoisonnement du cerveau par un sang insuffisamment artérialisé, que l'explication des conséquences pathologiques de l'épilepsie s'imprimant sur le cerveau, doit être cherchée. Quoique modifiées subséquemment par des conditions accidentelles, ces métamorphoses pathologiques ont incontestablement leur point de départ dans l'un quelconque des effets immédiats de la crise sur le cerveau. Et aussi, comme règle, elles sont singulièrement uniformes et trahissent leur commune origine.

C'est ce que met en plein jour les descriptions des altérations morbides du cerveau des épileptiques chroniques qui ont été atteints d'aliénation mentale; sur ce point l'uniformité est saisissante.

Le Dr Foville, ajoute l'auteur, l'anatomiste du cerveau le plus distingué de son époque, a admirablement décrit ces lésions qu'il a constamment rencontrées dans l'encéphale des épileptiques dont il a fait l'autopsie : induration générale de la substance médullaire s'étendant à travers tout l'encéphale, dilatation considérable des vaisseaux sanguins, couleur rosée de la substance grise des circonvolutions. Bouchet, Cazauvieilh, Morgagni, Parchappe ont donné de semblables descriptions. L'auteur arrive aux mêmes résultats et, pour bien les rendre, se voit, dit-il, obligé de copier, presque mot pour mot, les termes de Foville.

En mettant de côté les altérations cérébrales dues incontestablement au genre de mort ou aux conditions intercurrentes, on arrive à cette conclusion : que l'hypertrophie et l'induration sont les lésions caractéristiques de la folie épileptique. On ne les trouvera pas dans tous les cas ; ainsi dans ceux qui sont très-récents et dans ceux qui sont très-avancés, il ne faut pas les chercher. Ici, parce que des changements ultérieurs les ont oblitérés; là, parce qu'ils n'ont pas eu encore le temps de s'établir.

Dans les cas datant de peu loin, l'affaiblissement mental n'est pas attribuable à cette cause, mais à une perturbation moléculaire analogue à ce qui se produit dans la commotion du cerveau. Cet organe est tout à coup jeté hors de sa voie

par le spasme des fibres contractiles des vaisseaux et n'a pas le temps de se remettre avant d'être de nouveau dérangé par le retour du spasme. Ce fait est démontré par la profonde démence qu'on a vue succéder à une série d'attaques du *petit mal*, où il n'y a ni convulsions cloniques, ni congestions cérébrales, mais uniquement perte momentanée de connaissance avec pâleur de la face. Néanmoins, la faiblesse intellectuelle persistante n'est pas la suite du *petit mal*; cet état est le fait du *haut mal* par les changements qu'il amène, notamment par la pression sur le tissu de l'encéphale et l'hypérémie cérébrale. Il est acquis par l'observation que ces deux causes, la pression et l'hypérémie engendrent l'hypertrophie.

L'excitation de la pression détermine un afflux trop copieux du sang, d'où découle une augmentation de volume et d'ampleur, et cela est d'autant plus certain que la pression offre un caractère d'interruption et ne reparaît que de temps en temps. Mais l'hypertrophie est, en général, partielle, et alors même qu'elle affecte la totalité d'un organe, elle porte principalement sur certains tissus; cela est surtout évident pour l'hypertrophie cérébrale dans l'épilepsie; elle a lieu particulièrement dans le tissu connectif. Une espèce de substitution fibroïde arrive lentement, mais sûrement, dans les parties qui sont périodiquement sujettes à la congestion et à l'induration, et ensuite une augmentation de volume. Les cheveux deviennent plus gros, la peau de la tête et de la face s'épaissit et devient rude, et l'on sait avec quelle facilité les plaies se cicatrisent par première intention chez ces malades, grâce à la facile production d'un tissu de granulation formant rapidement des fibrilles adhésives. Alors, la boîte osseuse elle-même s'épaissit, et quand on l'enlève, le cerveau se dilate, comme échappant pour ainsi dire à la compression, et il est anormalement dur et dense au toucher. Le poids spécifique de la substance grise et de la substance blanche est plus élevé que dans toute autre forme de folie, et le poids absolu de l'encéphale est aussi positivement supérieur. Les circonvolutions sont aplaties, les sillons ressemblent à de simples lignes, ne s'entrouvrent pas et ne contiennent pas de fluide. Les membranes n'offrent pas de traces d'altération inflammatoire. Lorsque le cerveau est coupé par couches, il est dur et ferme; la substance grise est foncée en couleur, la substance médullaire blanche et brillante. Les ventricules ont une faible dimension. Autour du pont de Varole, à la moelle allongée, et particulièrement sur le plancher du quatrième ventri-

cule, de la rougeur et une dilatation vasculaire sont visibles; enfin, lorsqu'on mesure les vaisseaux, on les trouve considérablement distendus, ce qui est la conséquence de l'augmentation de leur diamètre et de l'épaississement de leurs parois.

Telles sont les lésions que l'on peut dire spéciales à la folie épileptique. Toutefois, elles peuvent présenter beaucoup de variétés. Ainsi, un aspect tacheté, une apparence marbrée de la substance médullaire, peuvent se remarquer quand une attaque ou une série d'attaques a immédiatement précédé la mort; ou bien, on constate quelque atrophie avec opacité de l'arachnoïde quand l'affection s'est longtemps prolongée et a passé à l'état de stupeur épileptique. Cette dernière condition du cerveau est le produit d'une altération de nutrition causée par l'épaississement des vaisseaux, ou par la contraction graduelle du tissu fibreux hypertrophié et du plissement du cerveau, si l'on peut ainsi dire.

Les productions gommeuses ou glutineuses du corps pituitaire, que Wensel assure être la cause de l'épilepsie, n'ont jamais été rencontrées à l'asile de West-Riding. Des altérations de la glande pinéale l'ont été, au contraire, dans plusieurs cas.

Idiotie épileptique. Les idiots épileptiques, c'est-à-dire les individus chez lesquels l'épilepsie est la conséquence d'un vice inné du système nerveux central, sont ici laissés de côté par l'auteur ; il s'occupe uniquement des épileptiques idiots, c'est-à-dire des malades dont l'idiotie est le fait de l'épilepsie.

Cette classe est beaucoup moins nombreuse qu'on serait tenté de le supposer; en effet, la mort enlève beaucoup de ces épileptiques dans leur enfance : spasme de la glotte, congestion, hémorrhagie, épuisement, etc., etc. L'idiotie n'a donc pas même le temps de s'établir dans la plupart des cas. On a calculé que 73.3 fois sur cent, les décès survenant dans les premières années de la vie, à la suite d'affections du système nerveux, étaient dus aux convulsions.

Si cet accident n'a pas lieu, les facultés peuvent continuer à se développer en dépit de l'épilepsie, du moins pendant un certain temps, quoique n'atteignant pas peut-être toute leur saine ampleur. L'enfant peut être volontaire, difficile, bizarre, mais son corps et son intelligence grandissent et il devient un être intelligent et raisonnable. Tant que l'encéphale se développe et que les parois de la boîte osseuse cèdent, les désastreux effets de l'épilepsie ne se font pas trop sentir; cela n'ar-

rive qu'après la puberté. Ces effets sont l'abolition graduelle des facultés, une vraie démence à proprement parler plutôt que l'idiotie. L'auteur a observé un grand nombre de cas de cette nature et il en cite quatre dans le cours de son travail.

Cependant, l'épilepsie est quelquefois dans l'enfance la cause de l'idiotie; un caillot dans l'épaisseur du cerveau ou à sa surface, une prédisposition héréditaire la déterminent; ou bien, des crises répétées qui par leur dérangement fonctionnel et leurs congestions oppressives mettent des entraves à la nutrition et au développement du cerveau, arrêtent et abolissent l'intelligence. La prolongation de l'afflux sanguin qu'elles déterminent dans l'encéphale, donne naissance à une activité factice, à de l'hypertrophie que l'induration et la condensation de la substance suivent bientôt.

Ainsi, les épileptiques idiots ne sont pas microcéphales. Règle générale, ils ont de larges têtes et des cerveaux dont le poids est au-dessus de la moyenne. Ce n'est que lorsque l'épilepsie par sa durée a accentué davantage encore l'affaiblissement d'un cerveau héréditairement faible, que l'on constate la diminution en dimension et en poids.

De fait, le dérangement, dans les premières périodes de la vie, de l'influence régulatrice des centres nerveux les plus importants chez les épileptiques idiots, et les troubles profonds occasionnés sur les fonctions organiques par un tel état, devront nécessairement ajouter des conséquences pathologiques à celles que l'épilepsie produit chez l'adulte. On peut y retrouver, par exemple, les altérations que l'on a notées chez les épileptiques déments, les circonvolutions affaissées et en étroite apposition; la substance cérébrale est ferme et la substance médullaire blanche et luisante. Les épileptiques idiots succombent souvent dans le *status epilepticus*. Un grand nombre sont atteints, plus tôt ou plus tard, d'affections tuberculeuses.

Mort survenant pendant une attaque ou immédiatement après. C'est là une terminaison rare, suivant le Dr Crichton Browne; pour qu'elle arrive, il faut, d'après lui, qu'il y ait rupture d'un vaisseau dans l'intérieur du crâne. Les plus violentes attaques, les spasmes les plus prolongés des muscles respiratoires ne sauraient la produire, si quelque obturation de la bouche ou des narines, du larynx ou du pharynx ne viennent y concourir.

La rupture possible de quelques petits vaisseaux pendant la crise serait beaucoup plus fréquente, sans l'épaississement et le renforcement de ces vaisseaux éprouvant les distensions sou-

daines et fréquentes qui ont lieu dans l'épilepsie. Ces vaisseaux, comme ceux de la tête et de la face, subissent une hypertrophie préservatrice, surtout ceux d'un fort calibre, et sont à l'abri de toute dégénération de nature à les affaiblir. L'auteur n'a jamais vu de trace d'athérome dans les vaisseaux intra-crâniens d'un véritable épileptique, même lorsqu'il était arrivé à la vieillesse. Néanmoins, dans les crises rapides d'une grande intensité, ou quand la contraction spasmodique des muscles cervicaux empêche le retour du sang de la tête, une rupture n'est pas impossible. Alors, l'extravasation sanguine se faisant dans le cerveau ou à sa surface, au moment où il est excessivement épuisé, peut avoir des résultats en disproportion avec son étendue et interrompre absolument les fonctions cérébrales. Cette extravasation tue ou par choc, ou par commotion, ou par compression.

Trousseau, et avant lui Van Swieten, ont parlé de ces petits épanchements sanguins, semblables à des piqûres de puces, que l'on remarque après une crise violente sur la face, le cou et la poitrine. Dans ce cas, le Dr Crichton Browne les a rencontrés fréquemment ; ils manquent rarement, dit-il, après le *status epilepticus*. Ce serait à leur présence, quand ils sont en grand nombre et si petits, qu'il faut parfois une loupe pour les apercevoir, que l'on doit rapporter cette singulière lividité de la face passant graduellement de la teinte jaune sale à la pâleur sombre ordinaire des épileptiques chroniques, lividité remarquée si souvent après le *status*. Mais, ainsi qu'il est probable, ces pétéchies ne se bornent pas aux parties accessibles à la vue et doivent exister dans les parties plus profondes,soumises d'ailleurs à des turgescences congestives plus prononcées pendant la crise. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'auteur en a souvent constaté de plus étendues dans le tissu oellulaire sous-muqueux de la bouche,après une série d'attaques. L'existence d'hémorrhagies miliaires analogues dans le cerveau et ses membranes, expliquerait très-bien un bon nombre de symptômes de l'ordre mental notés après une crise intense ou une suite d'attaques : coma d'une durée anormale, égarement et céphalalgie persistant après le coma, et leur lente disparition réglée sur la marche du resserrement et de l'absorption. Calmeil en a rencontré à la surface des circonvolutions, Van der Kolk dans la substance du pont de Varole, l'auteur en a vu occuper en abondance considérable le tissu diploïque des os du crâne. Enfin, de plus larges hémorrhagies se voient quel-

quefois chez ces malades, cause commune, probablement, des paralysies qui surviennent dans le cours de l'épilepsie. Et si la mort arrive pendant une attaque ou peu de temps après, il y a toute probabilité qu'elle est due à un semblable épanchement sanguin.

Mort par épuisement après une manie épileptique. Ce genre de terminaison n'est nullement fréquent, car, malgré sa violence, la manie épileptique est de courte durée. D'ailleurs, l'administration du seigle ergoté ou les injections hypodermiques d'ergotine, auxquelles l'auteur a recours dans ce cas, modifient constamment, affirme-t-il, ces accidents, de sorte qu'il n'a constaté que deux décès par épuisement, du fait de l'accès de manie épileptique. Encore, il se demande si alors les forces n'ont pas été anéanties par quelque autre affection qui s'ajoute à l'état convulsif ou qui en est indépendante ; c'est ce qui semble démontré par l'un des deux cas dont il vient d'être question.

L'active hyperémie qui coïncide avec la manie épileptique, contribue matériellement, selon toute probabilité, à l'hypertrophie et à l'induration du cerveau des aliénés épileptiques chroniques. Chaque retour de paroxysme maniaque laisse après lui des traces saisissables d'une nouvelle et récente dégradation mentale, jusqu'à ce que ces assauts successifs ne laissent plus que la ruine intellectuelle.

Mort pendant l'état épileptique. L'état épileptique consiste dans une série d'attaques se succédant les unes aux autres, avec une rapidité telle, que le coma dû à l'une n'a pas eu le temps de se dissiper que la période convulsive de la suivante se déclare. C'est un coma et une asphyxie prolongés, entrecoupés de saisies convulsives distinctes, souvent interrompues elles-mêmes par de brusques secousses des muscles. Inconscience profonde, lividité prononcée, mouvements musculaires très-accentués, surtout à la fin, température du corps élevée, pouls rapide, mais compressible, perspiration profuse, pupilles dilatées, insensibles ; la respiration devient de plus en plus profonde et stertoreuse, etc., etc. Un nombre considérable d'épileptiques succombent dans cet état. Le sang n'est plus vivifié, les centres nerveux se paralysent, le cœur s'affaiblit, enfin toutes les fonctions vitales cessent. Le Dr Crichton-Browne a compté jusqu'à cent attaques distinctes se succédant en vingt-quatre heures, et parfois dix à douze en une heure. Ainsi que cela se conçoit, le *status* a lieu seulement dans les cas d'épilepsie datant de loin.

A l'autopsie, outre l'induration et l'hypertrophie généralement fort accentuées, on trouve une énorme accumulation de sang dans le système veineux ; sinus engorgés, pointillés sanguins nombreux, annonçant que la congestion a précédé la mort, et même extravasations sous-cutanées ou sous-muqueuses, ou caillots intracrâniens. A part ces désordres, tout l'encéphale et les autres organes présentent ce que l'on remarque dans les cas de mort par asphyxie. Comme on le verra plus loin, il n'est pas possible de saisir de différence entre les faits d'autopsie constatés chez les épileptiques qui ont succombé à une suffocation accidentelle et chez ceux qui sont morts dans le *status*. L'auteur en déduit cette conclusion importante : que la mort dans ce dernier cas, ainsi que d'autres phénomènes rattachés à cet état, ne doivent pas être rapportés au coma mais bien à l'asphyxie.

Mort par suffocation accidentelle pendant ou après une attaque. Il y a une tendance curieuse chez les épileptiques chroniques aux chutes en avant, leur bouche et leurs narines peuvent être enfoncées dans leurs oreillers ou leurs matelas. Sur cinquante de ces malades pour lesquels une veille de nuit est instituée à l'asile de West-Riding, quarante se penchent habituellement à moitié sur la face et dix sont exposés à tomber entièrement en pronation pendant une crise. Jamais le Dr Chrichton Browne n'a vu un malade atteint de paralysie générale succomber ainsi pendant une attaque épileptiforme, car alors le décubitus est toujours dorsal. Rarement, du reste, les cas récents d'épilepsie se terminent ainsi.

Comme c'est généralement dans l'épilepsie depuis longtemps confirmée que cet accident se produit, on rencontre toujours à l'autopsie les lésions propres à la maladie, et de plus tous les signes de la congestion indiqués plus haut, tant dans le cerveau que dans les autres organes de l'économie. Il a semblé, en outre, à l'auteur, que dans la mort par suffocation, les pyramides des reins présentaient une congestion beaucoup plus intense, couleur noire foncée, que chez les autres épileptiques succombant après une série d'attaques.

Du reste, que la mort survienne par suffocation ou dans le *status*, on trouve à peu près constamment une couleur foncée des os du crâne, les sinus gorgés de sang noir, injection de même nature de la dure-mère, de la pie-mère, de la substance cérébrale, des plexus choroïdes. La dilatation des vaisseaux sur le pont de Varole et autour, de la moelle allongée, du plancher

du quatrième ventricule, ne font jamais défaut. On peut apercevoir une distension prononcée des vaisseaux avec une teinte rouge particulière ou une couleur foncée dans la substance nerveuse le long des racines de l'hypoglosse, du pneumo-gastrique et de l'accessoire de Willis, etc., etc.

Stupeur épileptique. Quand l'épilepsie ne se termine pas par l'une des causes que nous venons d'énumérer ou par une maladie intercurrente, sa tendance naturelle est d'arriver à une abjecte décadence mentale et à une prostration physique qu'on peut appeler *stupeur épileptique*, amenant insensiblement la mort; l'état de dégradation est ce qu'on le voit dans le degré le plus prononcé de l'idiotie. Le cerveau de ces malades offre des différences marquées avec celui des épileptiques qui n'ont pas succombé dans cette période extrême. Il y a bien encore des traces d'induration, mais l'hypertrophie a fait place à un certain degré d'atrophie. Le tissu fibroïde, au lieu d'être distendu et hypertrophié, a subi une contraction ; les propres éléments nerveux, si longtemps soumis à la compression sont détruits ; les vaisseaux épaissis et distendus ont cessé de pourvoir suffisamment à la nutrition, le ramollissement même peut en être la conséquence. L'atrophie est démontrée par une certaine opacité de l'arachnoïde, une moindre étendue des circonvolutions, l'agrandissement des sillons qui contiennent alors, par remplacement, du liquide séreux dont on trouve également une certaine quantité dans les ventricules élargis...

L'atrophie dans l'épilepsie n'est jamais fort prononcée, elle égale rarement celle qu'on remarque dans la vieillesse, l'alcoolisme chronique, etc., etc.

Ce remarquable travail que nous regrettons d'avoir été obligé d'abréger, contient en outre, pour chaque paragraphe, une série d'observations où les symptômes de l'affection, sa marche et les lésions anatomo-pathologiques, sont exposés avec le plus grand soin; nous le signalons à *toute l'attention de nos confrères*.

3° Le Dr R. Boyd, rappelant le mémoire des plus intéressants publié par le Dr Clouston dans le numéro de juillet (1872) sur les tumeurs du cerveau, apporte ici un important contingent à cette étude. Il donne avec détail une série d'observations avec une description minutieuse d'un certain nombre d'autopsies. Comme il ne tire pas de conclusions de ses recherches, c'est

surtout au point de vue bibliographique qu'il faut signaler cet écrit.

Pendant son séjour à l'infirmerie de Marylebone, trois ans et demi, il a été fait 1,039 autopsies, et, dans 22 cas, on a constaté des tumeurs du cerveau. L'un des malades avait été transféré dans le quartier des aliénés, deux autres étaient en démence. Dix-neuf, ou 86.3 pour cent n'offraient pas de dérangement mental.

A l'asile du comté de Sommerset, 14 cas semblables ont été rencontrés dans 875 ouvertures de corps. Dans ce nombre, il y avait 502 décédés du sexe masculin qui ont offert 8 tumeurs du cerveau, et 372 du sexe féminin qui en ont présenté six; c'est-à-dire 15.9 sur mille pour ceux-là et 16 sur mille pour celles-ci.

La réunion de ces deux centres d'observations fournit ainsi 36 cas, que le Dr Boyd décrit succinctement. Ceux de l'infirmerie de Marylebone ont déjà été publiés dans les numéros 171 et 172 du journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg.

L'auteur fait remarquer que les tumeurs tuberculeuses du cerveau ne sont pas rares parmi les enfants et que les jeunes individus deviennent rarement aliénés. Dans 206 phthisies on a trouvé quatre fois de ces tumeurs. Certains symptômes, dus très-probablement à la dimension et à la position des tumeurs du cerveau, aussi bien qu'à la condition des parties avoisinantes qui étaient souvent dans un état de ramollissement et de dissociation, étaient communs aux deux classes de malades, ceux qui étaient aliénés et ceux qui ne l'étaient pas; parmi ces symptômes se rangent notamment l'amaurose, la paralysie et les convulsions. Comme les tumeurs de l'encéphale sont le plus fréquemment sans accompagnement de trouble mental, ne devrait-on pas plutôt les considérer comme une complication accidentelle et non comme une cause de folie? ajoute le Dr Boyd. Et c'est ce qui semble résulter pour lui des observations qu'il a recueillies à l'asile de Sommerset et qu'il reproduit tout d'abord.

Son mémoire se termine par la relation succincte, mais très-claire, des 22 cas de l'infirmerie de Marylebone renfermant huit tumeurs scrofuleuses et quatre de nature cancéreuse.

4° Le Dr Campbell insiste ici pour que tous les établissements de l'Angleterre, de l'Ecosse et de l'Irlande adoptent pour leurs

statistiques les tables qui ont été recommandées déjà, à plusieurs reprises, notamment par le comité nommé à cet effet en 1864 par l'association des médecins des asiles, et qui, en définitive, proposa l'adoption de dix tableaux tant médicaux qu'administratifs.

En 1871 ces formules avaient été adoptées par les divers asiles dans le proportions suivantes :

ASILES.	NOMBRE.	Nombres produisant des Rapports annuels.	Nombre faisant usage des Tableaux de l'Association.
De Comté anglais. . .	46	44	41
De Villes ou de Bourgs anglais.	8	6	6
Royaux écossais. . . .	7	6	1
De District écossais. .	10	5	3
De District irlandais. .	22	22	1
	93	83	52

Il n'est pas surprenant, dit le Dr Campbell, que les anciens établissements n'aient pas adopté ces modèles, mais il est fâcheux que cette omission ait lieu dans quelques asiles récemment ouverts. Cette négligence annihile les travaux des autres médecins et, en définitive, il est regrettable qu'une mesure administrative ne vienne pas en rendre l'usage obligatoire pour tous. Assurément, si ces tableaux sont partout remplis avec grand soin ils devront fournir, par leur exactitude et leur uniformité, les matériaux d'où se déduira l'histoire de la folie dans tout le royaume.

De plus, comme beaucoup de chefs d'établissement ont dressé des cadres accessoires qui contiennent des indications fort utiles, le Dr Campbell en choisit sept parmi eux dont il donne les titres et qu'il désirerait voir ajouter aux précédents, soit dix-sept en tout.

5° Le Dr Newth, de l'asile de Sussex, résume le résultat d'expériences qu'il a poursuivies pendant six mois, pour le traitement des maladies mentales par les courants galvaniques.

Il décrit succinctement l'appareil dont il s'est servi, celui du Dr Emile Stöhrer qui est, suivant lui, le plus simple et le moins coûteux. Il ne s'est pas appliqué à rechercher, même approximativement, la quantité d'électricité communiquée dans chaque cas, les galvanomètres en usage étant très-délicats et d'un prix fort élevé. D'ailleurs, la conductibilité de la peau varie chez chaque personne, pour ainsi dire. Quelques individus sont très-sensibles aux effets du courant, d'autres le ressentent à peine. L'état de l'atmosphère, comme celui des plateaux, ont une influence considérable sur la somme d'électricité produite, etc., etc.

En tout cas, il est toujours bon de commencer par un faible courant; on gagne d'abord la confiance du malade; d'ailleurs, l'expérimentateur pense qu'il a retiré plus d'avantage d'une application modérée que d'une forte. Pour s'assurer si le malade reçoit une quantité d'électricité suffisante pour être de quelque utilité, il est seulement nécessaire de renverser le courant; s'il éprouve un tressaillement, cela indique que le courant a assez d'intensité.

Parfois, les mains ou les pieds étaient plongés dans un vase contenant de l'eau acidulée, l'un des électrodes plongeant dans le liquide, l'autre étant appliqué sur l'épine dorsale ou sur la tête. On renverse les pôles à volonté, etc., etc.

Suivent quinze observations sommairement décrites : neuf de mélancolie, trois de manie, une de démence, une d'ataxie locomotrice et une de paralysie générale. Le résultat du traitement par l'électricité a été pour la mélancolie, trois guérisons, trois améliorations plus ou moins marquées, trois cas sans résultat. Pour la manie, deux guérisons et une amélioration. Le malade atteint d'ataxie locomotrice a vu son état s'améliorer. Il n'y a eu aucun effet avantageux dans le cas de démence et dans celui de paralysie générale.

Le Dr Newth termine sa communication par ces réflexions :

« L'emploi thérapeutique de l'électricité offre un large champ à l'observation et mérite une application variée et une attention soutenue. Mais le mieux est d'en user sans aucune théorie préconçue; jusqu'à ce que la nature de l'élément nerveux et ses conditions électriques soient mieux connues et qu'on sache comment le galvanisme l'affecte, nous devons nous contenter d'obtenir des résultats pratiques d'une série d'applications, sans distinction pour ainsi dire.

» Néanmoins, je pense que les résultats énoncés plus haut montrent que dans ces cas où il y a défaut de ton dans le système nerveux, l'application d'un courant électrique continu a le plus souvent un effet avantageux très-marqué. Je pense également que le guide presque infaillible de s'assurer, après quelques séances, que ce traitement doit produire du bien, est de noter l'état du pouls; s'il augmente en force et légèrement en fréquence, il y a alors de grandes chances que le traitement devra réussir. »

6° Sous ce titre : « Les asiles de Paris en 1872 », le Dr H. Sutherland fait moins une description de Bicêtre, la Salpêtrière et Charenton, qu'il n'indique aux jeunes praticiens anglais, la marche à suivre pour arriver à visiter ces établissements sans trop de perte de temps, les localités où ils sont situés, les moyens de s'y transporter. Il y a cependant une courte notice sur deux ou trois malades qui ont spécialement attiré l'attention de l'auteur.

Notes. — Dans la séance de la Société médico-psychologique du 22 janvier 1873, le Dr H. D. Williams a communiqué le résultat de ses expériences sur « *le ramollissement des os chez les aliénés* ». Il a trouvé, d'après ses analyses, que les matières organiques l'emportaient sur les substances inorganiques. C'est le contraire qui a lieu pour les os à l'état sain ; Gray indiquant que les matières organiques sont avec les inorganiques dans le rapport de un à trois.

Il résulte de la discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part les Drs Sankey, Wickham, Murray Lindsay, Tuke, Ogle, Boyd, etc. que, ainsi que le résume le Dr Maudsley : les côtes d'un individu sain d'esprit ou aliéné ne résistent pas si l'effort est suffisant; que dans les cas de folie à longues périodes, comme la démence et d'autres formes chroniques, pendant lesquelles la nutrition est en souffrance, le ramollissement des côtes est très-souvent constaté; qu'enfin, dans la paralysie générale, quoique ce ne soit pas à proprement parler une affection mentale de longue durée, il n'était pas rare de rencontrer le ramollissement des côtes.

— Le Dr Maudsley, à propos de la paralysie générale, dit incidemment quelques mots de l'étiologie de cette dernière maladie. Pour lui, dans la majorité des cas, elle serait due à des excès génésiques ; c'est ce que lui a le plus souvent révélé une

enquête dirigée avec soin. Toutefois, il ne prétend pas que les abus sexuels soient la cause seule et entière de la paralysie générale, d'autres causes peuvent également y contribuer, notamment, par exemple, un certain tempérament sanguin avec caractère expansif.

Les Drs Sheppart et Sankey partagent cette manière de voir; mais telle n'est pas l'opinion du Dr Tuke.

Le Dr Niven (de Bombay) dit : que les habitants de l'Inde ne sont pas renommés pour leur continence et que néanmoins il n'a pas rencontré un seul cas de paralysie générale à l'asile de Colaba, et qu'il n'en a vu également aucun parmi les militaires européens. Le Dr Christie confirme cette assertion du préopinant, quant à la rareté de cette maladie dans les armées de l'Inde. Un seul cas s'est présenté à son observation, et encore il y avait prédisposition héréditaire.

Le Dr Greenway cite deux cas qui viennent à l'appui de l'assertion émise par le Dr Maudsley.

— Ici se trouvent quelques détails sur la mort d'un jeune médecin distingué, le Dr John Henry Simpson, qui pendant plus de cinq ans avait occupé un poste médical à l'asile de Gloucester. Depuis, il s'était fixé à la Jamaïque. Quelques mois avant son décès il fut mordu au pouce par un chien et quelque temps après il se coupa et s'écorcha le même doigt en faisant une autopsie. Les signes de la rage éclatèrent le 27 janvier 1873 et il succomba quatre jours après, dans de grandes souffrances. Il paraît que le chien qui l'avait blessé n'était pas mort et qu'il n'a jamais montré de symptômes rabiques.

— Un autre décès bien regrettable est celui du Dr F. E. Smith, âgé de 35 ans, médecin superintendant de l'hôpital de district pour les aliénés de Londondéry. Il a succombé à une attaque de rhumatisme aigu.

JOURNAUX ALLEMANDS

Année 1874.

Correspondenz-Blatt.

1° *Des asiles de ville*, par le Dr Welter.

On se souvient des propositions que Griesinger formulait peu de temps avant sa mort pour les réformes à introduire dans l'assistance des aliénés (voir *Annales*, 1868, vol. II,

p. 456), et en particulier des « asiles de ville » qui devaient jouer à peu près le rôle du bureau central d'admission à Paris ; la discussion fut des plus acerbes, mais son promoteur n'étant plus, la question perdit momentanément de son intérêt. Le Dr Welter, qui a étudié de près le fonctionnement du bureau central, vient la reprendre et commence par affirmer que les asiles proposés par Griesinger seraient le complément le plus utile de nos asiles ordinaires ; les cas aigus y trouvant une admission immédiate, aucun temps n'est perdu pour le traitement, la guérison ne se fait pas attendre et l'on éviterait ainsi aux asiles l'encombrement par les cas devenus chroniques et incurables faute de soins appropriés.

Plusieurs grandes villes d'Allemagne ont déjà mis la main à l'œuvre dans cette direction, des asiles de ville fonctionnent à Würzbourg, Vienne, Leipzig, Stuttgardt et les résultats obtenus sont des plus encourageants ; à Vienne, entre autres, il a été admis pendant l'année 1873, 1,048 malades, dont 492 n'ont pas tardé à rentrer dans la vie privée, 444 cas ont été transférés dans les asiles ordinaires, 64 sont morts et 48 restaient au 31 décembre. Il ne s'est produit aucun incident désagréable, aucune évasion, aucun suicide, et le Dr Welter relève particulièrement la proportion de mortalité qui n'a été que de 6 p. 100, chiffre très-favorable, puisque c'est précisément dans les cas aigus que la mortalité est toujours la plus considérable.

2° *De la paraplégie épidémique ou épidémie d'Azannon*, par le Dr Bockhammer.

Azannon est un petit bourg d'environ 120 habitants, situé sur la source du Tage, dans la province espagnole de Guadelayara. Sauf la pellagre qui y est endémique, les conditions sanitaires sont bonnes. C'est dans cet endroit qu'est apparue en premier lieu, il y a déjà quelques années, la maladie singulière à laquelle il a donné son nom, mais qui s'est depuis étendue à d'autres localités, et a sévi, en 1872, avec une rigueur encore inconnue.

Cette maladie attaque le plus souvent les individus bien portants et robustes de tout âge et de tout sexe ; les extrémités inférieures faiblissent, puis se paralysent peu à peu assez pour rendre la marche impossible ; il y a des fourmillements douloureux, des crampes et un tremblement convulsif ; dans les cas violents les douleurs remontent jusque dans la région

lombaire. La paralysie toutefois n'est jamais complète, mais elle comprend tous les musoles depuis l'articulation de la cuisse sur le bassin jusqu'à celle du pied ; les fléchisseurs dont l'innervation provient du plexus sacré sont plus complétement atteints que les extenseurs qui reçoivent la leur du plexus lombaire. La parésie s'étend également au sphincter de la vessie, mais pas à celui de l'anus. La contractilité électro-musculaire et la coordination sont intactes. La sensibilité cutanée est normale, mais les vertèbres lombaires sont très-sensibles à la pression et il y a souvent une sensation de froid qui s'étend jusqu'à la plante des pieds. Dans quelques cas l'affection remonte jusqu'aux régions supérieures de la moelle, de sorte que la parésie envahit également les bras et même la langue. La marche de l'affection peut être aiguë ou chronique, c'est-à-dire se développer en quelques jours ou en plusieurs mois. — La nature de cette paralysie est encore très-obscure ; parmi les médecins espagnols, qui s'en sont le plus particulièrement occupés, les uns l'attribuent à une altération des cordons antérieurs de la moelle ou de ses enveloppes, tandis que d'autres l'assimilent à l'acrodynie observée à Paris en 1828 et 1829, en Belgique en 1845 et à Constantinople pendant la guerre de Crimée. Elle n'est en tout cas ni de la trichinose, ni de la pellagre, ni du béribéri, ni de l'ergotisme et se rapproche bien plutôt de la méningite cérébro-spinale épidémique. Les symptômes et la marche des deux affections sont identiques à ceci près que la méningite cérébro-spinale atteint essentiellement la partie supérieure de la moelle épinière et la moelle allongée, pour se propager de là au cerveau, tandis que l'épidémie d'Azannon reste (à part quelques cas très-rares) restreinte à la partie inférieure de la moelle, de sorte que la paraplégie en est le principal symptôme. Un autre point de ressemblance entre les deux affections est leur résistance à toute médication. (L'auteur ne nous dit malheureusement rien de l'état mental des malades ni des résultats d'autopsies. Dr C.)

3° *Des asiles ouverts,* par le Dr Walther.

L'encombrement dans les asiles provient en très-grande partie de la grande quantité de malades dont l'état était déjà devenu chronique ou incurable lors de leur entrée, parce qu'ils n'ont pas suivi en temps utile un traitement approprié et qu'un temps précieux a été perdu. Ce retard dans les ad-

missions provient, d'une part, des difficultés qui y sont mises par le fait des formalités inévitables à remplir, de l'autre de l'effroi que l'asile inspire encore aux familles et aux malades ; beaucoup de personnes, en effet, reculent devant la constatation officielle de la maladie qui plus tard, même après guérison complète, laissera comme un stigmate au front de l'individu ; puis il y a les inspections, en un mot, tout l'appareil légal indispensable, il est vrai, mais très-gênant dans bien des cas. Les familles cachent donc aussi longtemps qu'elles le peuvent l'état maladif d'un de leurs membres ; lui-même, si la lucidité est conservée, a une crainte profonde d'être enfermé avec des aliénés et traité comme tel ; devant cette répugnance, qu'il partage peut-être, le médecin hésite à conseiller l'internement qui seul cependant peut fournir un traitement rationnel ; il envoie son malade aux eaux, dans les établissements hydrothérapiques ; il prescrit un voyage, un séjour de montagne, et rien de rationnel n'étant fait, aucun spécialiste n'étant appelé, le temps se perd, la maladie s'aggrave, et lorsque enfin on est, bon gré mal gré, obligé de recourir à l'asile, il est souvent trop tard. Et cependant il y a, en effet, toute une catégorie de malades auxquels l'asile fermé ordinaire n'est nullement nécessaire; ce sont tous les hypochondriaques et les mélancoliques au premier degré, les individus atteints de troubles nerveux divers avec répercussion légère sur l'état mental, et ces cas-là se rencontrent à chaque pas dans la pratique. Or, s'il n'est pas besoin de les interner, il est d'un autre côté urgent de les sortir de leur milieu ordinaire, de leur faire suivre un traitement rationnel dirigé par un spécialiste, en un mot, il leur faut quelque chose de plus que la famille et de moins que l'asile ordinaire et ce quelque chose, un asile ouvert peut seul le donner. Dans cet asile on entre et sort librement sans aucune formalité quelconque, il ne doit matériellement ni moralement se distinguer en rien d'une maison particulière, d'un pensionnat pour malades ou encore d'un établissement de bains ; il n'y a ni grilles, ni verrous, aucun appareil spécial de surveillance, parce qu'il ne doit y être introduit aucun malade violent, bruyant, dangereux pour lui-même ou pour autrui, et tout pensionnaire qui le deviendrait doit être immédiatement évacué sur un asile proprement dit. Un médecin spécialiste sera bien entendu toujours à la tête de l'établissement. — Plusieurs asiles semblables existent déjà en Allemagne et rendent certainement

de grands services ; on peut, soit les organiser complétement à part, soit en faire des annexes ou divisions des asiles fermés, mais la première forme est de beaucoup préférable. Des médecins ont, il est vrai, contesté leur utilité, mais les raisons qu'ils donnent ne supportent pas, suivant le Dr Walther, un examen sérieux et impartial ; un individu qui est lucide et conscient de son état, ne peut et ne doit pas être traité comme un aliéné, et si dans quelques cas un voyage, une cure de bains, etc., produisent un changement favorable, ces cas sont la grande exception.

4° *Comment éviter les frais énormes de construction des asiles*, par le Dr Welter.

Cet article pourrait en quelque sorte être envisagé comme un corollaire du précédent; si le Dr Walther se plaint qu'on enferme dans les asiles des malades qui n'ont encore nullement besoin de verrous et de surveillance, le Dr Welter trouve qu'on y garde beaucoup trop les cas chroniques, incurables et inoffensifs, d'où la nécessité de constructions énormes dont les prix font de plus en plus reculer les gouvernements. Dans le temps, une place de malade revenait, tout compris, à environ trois mille francs, aujourd'hui le devis du nouvel asile de Berlin porte ce chiffre à neuf mille francs ! Il est donc nécessaire d'obvier à une progression aussi effrayante, et le seul moyen serait l'application en grand des systèmes colonial et familial. Le nombre des aliénés qui peuvent sans aucun inconvénient être sortis des asiles fermés et soignés à une vie plus libre, est infiniment plus considérable que ne veulent le reconnaître les adversaires du système, et d'après les expériences déjà faites, on peut sans crainte d'exagération l'évaluer à 25 ou 30 p. 100 ; il suffit seulement de faire un choix judicieux pour n'avoir ni inconvénients ni abus à redouter. Ainsi en Ecosse, où près de 1,500 aliénés sont soignés dans des familles de paysans, les malades gâteux, les femmes encore jeunes en sont exclus et restent dans les asiles ; en outre, malades et nourriciers doivent être soumis à une surveillance constante et sévère, et il faut intéresser les uns et les autres à la réussite de l'œuvre ; s'ils voient qu'ils ne travaillent pas en vain, mais peuvent par leur persévérance et leur bonne conduite, amasser quelque bien, ils n'en seront que plus encouragés. — Il est évident qu'en appliquant ce système partout où il est applicable, on obviera d'un côté à

l'encombrement toujours croissant des asiles et de l'autre on réduira dans une proportion très-notable les dépenses des gouvernements.

Irrenfreund.

1° *Les psychoses alcooliques*, par le Dr de Krafft-Ebing.

L'abus des spiritueux est une cause toujours plus fréquente d'aliénation mentale et même de dégénérescence physique et intellectuelle complète, ainsi que le prouve entre autres le sort des tribus des Peaux-Rouges que la civilisation fait peu à peu disparaître au moyen de l'eau de feu. Pour bien se rendre compte scientifiquement de l'effet désastreux de l'alcool comme cause de psychose, il importe de distinguer deux grandes catégories de cas, à savoir : ceux dans lesquels l'abus alcoolique est seulement la cause occasionnelle et ceux dans lesquels il est à lui seul la cause unique et primaire de l'affection mentale. — Dans la première de ces catégories, l'alcool n'est qu'un anneau dans la chaîne de causes multiples dont le résultat final est la psychose ; l'individu est peut-être, par exemple, sous le coup de l'hérédité ou de maladies cérébrales prédisposantes, ou, bien encore ce sont des soucis, des chagrins, la misère, des excès de travail qui le poussent à boire pour trouver dans le vin un oubli momentané de ses maux ; la psychose n'est alors pas purement alcoolique, elle est de nature mixte.

L'image clinique des cas de cette catégorie n'offre rien de particulier, aucun symptôme spécial ; toutes les formes de folie peuvent se rencontrer ici, mais il faut en noter cependant une qui a un cachet tout spécial, c'est celle qui revêt les symptômes d'une manie suraiguë, *mania ebriorum transitoria*, avec hallucinations, perte complète de la connaissance et congestion céphalique intense ; cette forme se distingue essentiellement de l'ivresse simple, outre l'acuité du délire, par l'amnésie complète qu'on observe après l'accès pour tout ce qui s'est passé pendant sa durée.

La seconde catégorie de psychoses alcooliques comprend les cas dans lesquels l'alcool est à lui seul la cause de la perturbation des fonctions intellectuelles ; il s'agit ici essentiellement de processus chroniques et dégénératifs avec le caractère de l'affaiblissement intellectuel et d'une décadence morale progressive, processus dont la marche peut être marquée

par des phases aiguës ou des exacerbations irrégulières dues à des troubles momentanés de la nutrition et de la circulation. Mais le mal primitif gît toujours dans le cerveau sous forme d'inflammation chronique des méninges et d'atrophie de la substance cérébrale. On rencontre en outre souvent des hyperostoses internes, une hypertrophie des granulations de Pacchioni, de l'hydrocéphalie, de la dilatation des ventricules, une pachyméningite interne, etc. Les symptômes de la dégénérescence psychique alcoolique sont l'affaiblissement intellectuel, l'altération du sens moral, l'émoussement des sentiments affectifs, la perte de la volonté et le manque d'énergie à exécuter une résolution prise, puis la perte de la mémoire, le tout joint à une irritabilité et une irascibilité excessives ; les mouvements passionnels sont intenses, comme chez tous les faibles d'esprit, et peuvent dégénérer en véritables paroxysmes de colère dans lesquels l'individu est absolument incapable de se dominer. Au physique, on observe de la céphalalgie, du vertige, des cauchemars, de l'insomnie, des illusions sensorielles et des hallucinations, du tremblement convulsif des mains et de la langue, et un affaiblissement progressif de la force musculaire. Plus tard, on observe des troubles sensitifs sous forme de paresthésies et de formications; quelquefois enfin surviennent des troubles d'accomodation visuelle, de l'amblyopie, des convulsions épilepformes.

Une des formes les plus importantes et les plus fréquentes d'exacerbations de la dégénérescence alcoolique est le delirium tremens, dont les symptômes principaux sont le délire, le tremblement, les hallucinations et l'insomnie : le pronostic en est beaucoup plus fâcheux qu'on ne le croit généralement, car le nombre des cas dans lesquels l'issue en est mortelle peut aller jusqu'à 35 p. 100. Lorsqu'il existe des complications chirurgicales accidentelles, surtout avec hémorrhagies ou suppuration, la proportion, d'après Rose, monte même jusqu'à 50 p. 100. Les résultats de l'autopsie dans le *delirium tremens* n'ont rien de spécial ; outre les signes de la dégénérescence alcoolique qui ont été indiqués plus haut, c'est encore l'anémie du cerveau qu'on observe le plus souvent ; dans un cas qui avait été accompagné de convulsions, le Dr de Krafft-Ebing trouva un œdème prononcé de cet organe. Quant au traitement il doit être avant tout corroborant, tant par les médicaments que par le régime ; dans beaucoup de cas on fera bien d'accorder quelques spiritueux.

2° *Du délire des persécutions*, par le Dr Zenker.

Les sens sont les voies par lesquelles le monde extérieur arrive à la conscience, et cette transmission se fait par l'intermédiaire des fibres et des cellules cérébrales ; mais l'aliéné, l'individu qui est sous une influence psychopathique ne connaît ni fibres, ni cellules et ne sent absolument rien de ce qui se passe dans la couche corticale de ses hémisphères cérébraux, il ne voit que la métamorphose qui lui semble envahir le monde extérieur sans pouvoir se rendre compte que c'est en lui-même qu'elle se produit et il ne peut dès lors l'accueillir qu'avec méfiance, tant elle lui semble étrange et pleine de dangers ; il se met en garde contre elle et en généralisant envisage avec terreur tout ce qui l'entoure. On peut donc dire que le sentiment ou le délire de la persécution est l'expression d'une lésion de l'organe central projetée au dehors, par le jugement. En allant plus loin dans l'analyse de cet état, on voit que le malade ne pouvant absolument pas se rendre compte que le mal est en lui, en cherche l'explication au dehors et de ses tentatives d'explication naissent les conceptions délirantes qui prennent pour objet ce qui entoure immédiatement l'individu, choses ou personnes, et peuvent s'adresser à tout ce qu'embrasse la pensée humaine. Les idées d'indignité ou d'influences fâcheuses sur autrui ont la même source ; le malade confond l'angoisse nerveuse avec la conscience et se dit que pour être ainsi tourmenté dans son âme, il doit avoir commis quelque faute dont il reçoit le juste châtiment. Le Dr Zenker pense que le délire de persécution ou mieux de « nuisance personnelle » comme il s'exprime exactement — persönliche Schädigung — n'existe pas seulement à un degré quelconque dans toutes les formes dépressives de la folie, mais bien aussi dans les formes d'exaltation, la manie ; seulement il est ici beaucoup plus difficile à reconnaître, masqué qu'il est le plus souvent par l'expansion du délire, l'agitation ou les idées de grandeurs, de puissance, etc. ; mais même dans ce dernier cas, si l'on étudie à fond le malade, on arrivera toujours à reconnaître qu'à son bonheur se mêle la goutte amère de la défiance, de la crainte qu'on ne le lui ravisse, qu'il a des envieux, etc. Sur 200 malades de toutes formes qu'il a spécialement observés à ce point de vue, il n'y en a eu que six chez lesquels il n'a pu reconnaître l'existence du délire de persécution et encore était-ce essentiellement

des déments dont il était impossible de rien obtenir. Il conclut donc que pour peu qu'on élargisse un peu la notion du délire de nuisance, on arrivera à reconnaître qu'il est un symptôme commun à toutes les formes de psychoses.

3° *De la démence sénile*, par le Dr de Krafft-Ebing.

La folie atteint l'homme jusqu'à l'âge le plus avancé et ne se distingue alors en rien de celle qui frappe les individus plus jeunes; elle guérit même souvent, mais il faut la distinguer bien nettement de cet ensemble de symptômes psychopathiques qui frappe exclusivement la vieillesse et qui porte le nom de démence sénile. Il est difficile de fixer une limite d'âge à la démence sénile, mais on peut dire qu'elle ne survient pas avant la 50e année et encore dans ces cas elle est le résultat d'affections physiques spéciales (typhus, maladies constitutionnelles, chroniques, etc.); elle ne se développe guère spontanément avant la 60e ou même la 65e année; les deux sexes y sont soumis dans la même proportion; les prédispositions diverses, entre autre l'hérédité, sont de peu d'importance (? Dr C.), et les causes en sont bien moins des influences extérieures que des processus pathologiques cérébraux; il s'agit sans doute, avant tout, de troubles de nutrition du cerveau, d'anémie, puis de dégénérescence graisseuse du cœur et d'athéromes des vaisseaux. Du moins l'autopsie montre presque toujours une atrophie des hémisphères cérébraux avec athérome des artères à côté d'épanchements séreux dans les ventricules, d'adhérences des méninges, d'œdème de la pie-mère; le microscope montre de la dégénérescence des cellules ganglionnaires de la couche corticale (atrophie simple, dégénérescence graisseuse ou pigmenteuse). Comme complications, on observe des foyers et kystes apoplectiques, des embolies avec foyers de ramollissement, de l'œdème, des hématomes de la dure-mère. Du côté psychique, le symptôme dominant et caractéristique de la démence sénile est l'affaiblissement progressif de l'intelligence qui se traduit en premier lieu par la perte de la mémoire; l'individu est distrait, absorbé, se répète sans cesse, se croit reporté aux temps jadis et prend, par exemple, ses enfants pour ses frères; il ne reconnaît plus les lieux qui lui sont familiers, s'égare dans la rue, puis dans sa propre maison, etc.

Assez souvent la marche de la démence sénile est marquée par des phases d'agitation maniaque ou de mélancolie avec

hallucinations et idées de persécutions, méfiance, crainte des voleurs, etc. Souvent aussi il y a comme un réveil de l'instinct génital qui pousse le vieillard à des actes obscènes et à des attentats à la pudeur. — La thérapeutique est impuissante; toutefois le ralentissement de l'action du cœur indique qu'il est rationnel d'augmenter l'activité de cet organe par un régime fortifiant; de légers excitants tels que le vin ou un bon repas le soir font souvent disparaître l'agitation nocturne; s'il est nécessaire d'avoir recours aux calmants on emploiera l'opium, tandis que le chloral, vu l'état du cœur et des vaisseaux, est tout à fait contre-indiqué.

4° *De la simulation*, par le Dr Pelman.

La simulation de la folie est infiniment plus rare qu'on ne le pense généralement; les aliénistes le savent bien, mais les médecins des prisons, les magistrats, etc. sont malheureusement trop portés à envisager comme simulant tout accusé ou condamné dont la raison paraît atteinte, et cela à son grand détriment, car alors un traitement rationnel n'est pas institué, ou même on emploie vis-à-vis du présumé simulant des moyens qui ne peuvent qu'aggraver son état s'il est réellement malade (diète, surcroît de travail, punitions, etc.). — La simulation est, nous le répétons, l'immense exception, et s l'auteur ne la nie pas absolument, il la croit des plus rares, en faisant remarquer avec beaucoup de justesse que lorsqu'on réfléchit à la somme de sang-froid, de courage, de connaissance des aliénés qui est nécessaire pour simuler avec succès un trouble mental, on sera toujours disposé à admettre la nature plutôt que l'art dans un cas donné. Il cite entre autres un cas dans lequel un véritable simulant avait été pendant longtemps infirmier dans un asile et un autre dans lequel l'individu avait été peu de temps auparavant réellement aliéné, mais qui séduit par les égards et les petites faveurs qu'on accorde volontiers au mélancolique inoffensif, trouva bon, une fois guéri, de faire croire qu'il l'était encore; mais encore une fois ce sont là des exceptions. — D'un autre coté, il faut bien reconnaître que le criminel est de toutes façons bien plus exposé à devenir aliéné que l'honnête homme, et les dernières statistiques montrent que cette éventualité est 5 à 6 fois plus probable chez le premier que chez le second. On ne peut enfin penser à une simulation qui n'aurait aucune raison d'être, et cependant quel est le médecin qui dans sa pratique de tous les jours ne

rencontre à chaque pas des cas de véritable psychose dans lesquels il se dit : « Si cette personne avait un motif pour cela, je dirais qu'elle simule? » Toutes ces raisons font, suivant le Dr Pelman que, lorsqu'un prévenu, un condamné, etc. présentent des signes d'aliénation, on doit toujours admettre a priori la probalité de l'affection mentale.

5 *Du suicide dans les asiles*, par le Dr Brosius.

Il se produit des suicides dans les asiles les mieux tenus et il est impossible de les éviter complétement; aussi le public qui dans tous les cas accuse le personnel de l'asile de négligence et d'oubli de ses devoirs est-il souverainement injuste. Quoi qu'il en soit, la première précaution à prendre lors de l'entrée d'un malade est de constater s'il existe ou non de la propension au suicide; mais cela n'est pas toujours possible, car on voit assez souvent le suicide pratiqué par des individus, desquels on ne l'eût jamais attendu. Il faut d'ailleurs bien avouer que souvent un suicide n'a pu réussir que grâce à une négligence, à une inattention d'un employé, mais on sait la difficulté qu'il y a à recruter un personnel tout à fait convenable; en outre la surveillance permanente et personnelle de tous les malades d'un asile n'est, pour plusieurs raisons, nullement possible; et enfin l'homme n'est pas parfait, le meilleur peut, dans un moment donné, manquer d'une manière ou d'une autre. — L'auteur passe ensuite en revue les données statistiques des divers auteurs sur la fréquence relative du suicide en général, l'influence de la saison, des conditions atmosphériques, les modes de suicide, etc.; puis il mentionne les observations de Hoffmann et Brückner qui ont noté chez les suicidés dont ils ont fait l'autopsie, une perspiration particulière de l'épiderme formant des taches plus ou moins grandes aux diverses parties du corps, et composées d'un liquide incolore et légèrement visqueux qui paraissait sortir de petites éraillures disposées en forme de touffes. Sous chacune de ces taches existait un petit réseau veineux congestionné.

Les suicides dans les asiles sont surtout fréquents dans les premiers temps après l'entrée du malade, et le Dr Brosius se demande si ce ne serait point le chagrin de s'y voir enfermé, l'ennui de la famille, de son milieu habituel, etc., qui parfois pousserait le malade à cet acte de désespoir, et si dans de certains cas on n'aurait pas pu l'éviter en continuant à le soigner domicile; il est vrai que les suicides de mélancoliques sont

très-fréquents hors des asiles et que d'ailleurs souvent la famille se décide à interner le malade précisément à cause d'une exacerbation subite de son mal. Quoi qu'il en soit, le médecin appelé à donner son avis sur la convenance d'un internement, doit peser sérieusement ce côté de la question.

6° *De la folie morale*, par le Dr Flemming.

Depuis qu'en 1844 le Dr Pritchard a attiré l'attention sur la forme de folie à laquelle il a donné le nom de « moral insanity », les médecins ont presque constamment montré une tendance marquée à en élargir considérablement les limites, si bien que sa notion est devenue des plus confuses et que bientôt il ne sera plus même possible de la distinguer de celle du crime.

Il est donc temps de revenir en arrière, d'examiner à nouveau les faits et de faire rentrer la folie morale dans ses justes limites. — Les auteurs français et belges entre autres, ont rangé peu à peu cette forme de pyschose parmi les monomanies, et ce n'est que plus tard qu'on a dû reconnaître que ces dernières n'existent pas, c'est-à-dire qu'une faculté ne peut pas être isolément troublée et que toujours ce trouble repose sur une lésion générale de l'entendement, les facultés étant étroitement liées les unes aux autres. De même on a parlé de folie morale toutes les fois qu'on s'est trouvé en face de formes ne rentrant pas dans le cadre nosologique ordinaire et dans lesquelles on ne pouvait constater ni conceptions délirantes, ni hallucinations, et cependant pas plus que la monomanie la folie morale ne saurait exister sans un trouble général, sans que la dépravation du sens moral ne finisse par jeter une ombre sur l'ensemble des facultés intellectuelles. Pendant sa longue pratique, le Dr Flemming n'a observé qu'un seul cas qui lui permette d'admettre l'existence de la folie morale. C'est cette élasticité exagérée donnée à la notion du moral insanity qui est cause qu'un grand nombre de médecins l'admettent sans autre preuve, chez tout individu qui se rend, à reprises réitérées et comme par habitude, coupable d'outrages aux lois de la morale, et l'on est surpris d'entendre un médecin de la valeur de Maudsley plaider la question à ce point de vue. Cet auteur pense que, comme l'intelligence, le sens moral est lié à un organe spécial et peut tomber malade isolément avec lui; aussi n'est-il pas loin d'identifier le crime et la folie (hérédité, parenté organique). Il est vrai que les deux ont en somme sou-

vent les mêmes causes, mais il faut se garder de les envisager comme identiques. Aussi longtemps que la physiologie n'aura pas reconnu l'existence d'un organe spécial de la conscience et du sens moral, on devra s'en tenir à l'axiome qui établit la solidarité entre l'esprit et le sentiment et envisager la volonté comme leur résultante commune. On doit admettre qu'une partie de l'esprit, comme par exemple, le sens du bien et du mal, ne peut pas être malade à elle seule, mais bien au contraire que lorsque ce sens est altéré par une maladie du système nerveux, la vie entière de l'esprit en est attaquée et ocla même lorsque la maladie se manifeste plus partioulièrement dans tel ou tel côté de la vie intellectuelle. Ce fait permet seul de distinguer les actions qui, le libre arbitre étant intact, sont simplement le résultat d'une révolte contre les lois de la raison, de la morale et du code (crime), des actions qui sont commises sous l'influence d'une impossibilité pathologique d'obéir à oes mêmes lois (folie). De cette façon tombe la notion de la folie morale comme forme clinique spéciale et à sa place reste un trouble mental dont le symptôme saillant est la perturbation du sens moral et de la vie des instincts. Le Dr Flemming pense donc qu'il serait temps de bannir de la psychiatrie la notion de la folie morale aussi bien que celle de la folie partielle en général.

Virchow's Archiw.

Des altérations anatomiques dans la chorée, par le Dr Elischer.

Les causes anatomiques de la chorée ont depuis longtemps fait l'objet de nombreuses recherches sans qu'on soit jusqu'à présent arrivé à un résultat décisif; tous les organes les uns après les autres, le sang, les humeurs, etc., ont été désignés comme le coupable; ce n'est que récemment qu'on a reconnu que le siége de la chorée est le système nerveux central, et ce qui le prouve entre autres, c'est le fait que les mouvements choréiques sont souvent beaucoup plus prononcés dans un côté du corps que dans l'autre, que tous les médicaments qui abaissent la sensibilité les ralentissent, et enfin que souvent, sinon toujours, le cerveau et la moelle sont altérés dans leur texture intime. Rokitansky en particulier est le premier qui ait démontré dans ces organes une hypertrophie du tissu interstitiel, et les belles recherches de Meynert lui assignent comme siége essentiel la substance grise des grands ganglions

centraux. Le Dr Elischer a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme atteinte de chorée et qui succomba à une endométrite puerpérale trois jours après l'accouchement, et tant dans les nerfs périphériques (nerf sciatique et médian du bras) que dans la moelle et le cerveau, il a constaté clairement l'existence de cette hypertrophie du tissu conjonctif; les éléments nerveux sont atrophiés, opaques, le cylindre-axe disparaît, il y a de petites extravasations sanguines, de la pléthore des capillaires et une abondante production de noyaux granulés et fusiformes; dans les cordons latéraux et postérieurs de la moelle, le tissu nerveux ressemblait à un feutre grossier saturé de ces noyaux.

Dr Chatelain.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière, par le Dr A. Voisin. Paris 1876. — J. B. Baillière et fils.

« Ces leçons résument les différents cours que j'ai faits à la Salpêtrière depuis l'année 1867. Venu après les illustres maîtres qui ont fondé l'enseignement des maladies mentales à la Salpêtrière, j'ai cru devoir continuer la tradition qu'ils m'avaient léguée, et j'ai apporté dans l'étude de l'aliénation mentale la méthode scientifique adoptée par l'Ecole de Paris. »

Ainsi parle M. le Dr A. Voisin. A l'heure où paraît son livre, comme une protestation émue contre le silence qui lui est aujourd'hui imposé, ces vers du Dante nous sont revenus à la mémoire :

> *Nessun maggior dolore*
> *Che ricordarsi del tempo felice*
> *Nella miseria, é cio sa'l tuo dottore.*

Le temps heureux, c'était celui où l'on pouvait parler librement des choses de la science ; le suprême regret c'est d'être obligé de se taire quand de jeunes intelligences, avides de connaître, nous sollicitent de les initier à des études où l'intérêt scientifique se double d'un devoir social. Je ne sais rien de plus triste que cette annihilation systématique qui empêche de généreuses initiatives de se donner carrière ; et si l'on songe aux richesses perdues, aux intérêts laissés en souffrance, ne peut-on pas se demander avec inquiétude quand cesseront de peser sur nous ces influences mauvaises qui stérilisent nos efforts, paralysent les meilleurs vouloirs ?

Il nous reste le livre ; mais, s'il est vrai qu'il fixe la pensée de celui qui l'écrivit, s'il emporte à travers les âges les procédés, les découvertes, s'il est, dans le temps, la trace de la succession des idées, s'il est un des éléments du progrès, il ne peut pas être dans les sciences d'observation un guide toujours sûr. Il ne supplée pas l'expérience, tout au plus affirme-t-il celle du savant qui le composa : il ne l'apporte pas au disciple qui n'y peut trouver que des formules générales.

L'œuvre de vulgarisation ne peut être complète que le jour où les faits énoncés, les symptômes décrits auront été vus et constatés. C'est à la clinique qu'il faut, en médecine, demander le complément nécessaire; la clinique, c'est le grand livre de la science, à laquelle chaque génération vient ajouter une page laborieusement conquise, et qui ne peut être lue et comprise qu'après une longue et patiente initiation. Aujourd'hui, les cliniques des maladies mentales sont fermées, les élèves en médecine ne savent rien des situations graves que crée la folie; et, demain, quand ils se trouveront aux prises avec les difficultés qui les attendent, ils ne sauront les résoudre : ils auront entre les mains l'honneur d'une famille, la liberté, quelquefois même la vie d'un citoyen; en présence de cette responsabilité effrayante, quelles seront leurs angoisses, quels seront leurs regrets, s'ils se sentent au-dessous d'elle!

M. A. Voisin, comme ses collègues de Sainte-Anne et de Bicêtre, s'était donné tout entier à cette tâche; compléter par un enseignement spécial les connaissances des élèves en médecine, suppléer par des leçons cliniques l'insuffisance du programme officiel, tel était son but. Il ne lui a pas été permis de l'atteindre; nos sympathies et nos regrets ne s'adressent pas seulement à lui, ils s'adressent encore à tous ceux qu'animaient les mêmes sentiments, et le même esprit scientifique.

Les leçons qu'il publie aujourd'hui sont comme les morceaux détachés d'une œuvre dont ils permettent d'entrevoir le plan général. Les progrès de l'anatomie pathologique ont jeté un jour nouveau sur les aliénations mentales; le microscope a révélé des altérations qui, jusqu'alors, avaient passé inaperçues, et, s'il n'est pas possible encore de tout expliquer par elles, dans ces problèmes si délicats, si difficiles, où les troubles de l'intelligence ont, eux aussi, la valeur d'un symptôme, il y a du moins quelque chose de satisfaisant dans la découverte de lésions qui compromettent le jeu régulier de l'organe, expliquent comment ses fonctions se trouvent altérées.

Il nous semble que c'est là le côté intéressant et neuf des travaux de M. Voisin; on peut différer d'opinion avec lui sur les mérites d'une classification nouvelle, question bien souvent débattue, on peut le dire, non encore résolue d'une manière définitive; mais, il reste du moins un ensemble de faits observés avec soin, et dont l'avenir pourra tirer parti, à la condition toutefois qu'on ne voudra pas aller trop vite, ni tout réduire, comme c'est la dangereuse tendance d'une école trop

exclusive, à des transformations pathologiques de molécules.

M. Voisin n'est pas d'ailleurs, dans cette voie. Ce qu'il a constaté, ce sont bien des lésions anatomiques, tantôt vasculaires, telles que les apoplexies, les épanchements d'hématosine et d'hématine dans les gaînes lymphatiques, des dilatations des capillaires, infarctus, de l'athéromo : tantôt générales, comme l'anémie, avec diminution de la quantité normale de phosphore dans la substance corticale, ou bien encore des altérations à divers degrés des corpuscules ganglionnaires, infiltrations pigmentaires et graisseuses dans le protoplasma, sans altération du noyau et du nucléolo; puis déformation du noyau, rupture du cylindre axis, ratatinement du prolongement des corpuscules. En dehors de ces lésions cérébrales, il en existe d'autres qui ne sont plus aussi nettement isolées, et dont on trouve les analogues dans d'autres tissus; l'anémie et l'ischémie, simples ou liées à une anémie générale, ont été aussi observées par lui, chez des aliénés hallucinés, sans qu'il trouvât les vaisseaux athéromateux ; d'autrefois l'athérome avait largement envahi les vaisseaux, la circulation et la nutrition cérébrales étaient profondément troublées; puis viennent les tumeurs du cerveau, d'anciens foyers, devenus le point de départ d'irritations et de poussées congestives; les folies sympathiques, avec des lésions du foie, de l'estomac, de l'utérus, et enfin des lésions des organes des sens, intimement liées au développement de la folie. Nous ne pouvons que nous associer sans réserves à l'opinion émise par M. Voisin, que le médecin aliéniste soucieux de son art doit étudier et pratiquer sans cesse la médecine générale. C'est, à notre sens, la réponse la meilleure à faire à ceux qui nous supposent, un peu dédaigneusement, enfermés dans le cercle d'une spécialité, et cherchant je ne sais dans quelle contemplation vague, la solution qui nous échappe toujours, de problèmes que nous ne saurions prendre que d'un seul côté.

La variété des sujets traités par M. Voisin ne nous permet pas de présenter l'analyse de chacun d'eux. Les hasards de la clinique, plutôt qu'une prédilection marquée pour telle ou telle forme d'aliénation mentale, ont seuls présidé à l'exposition de ces leçons. On n'y trouverait pas une doctrine, encore moins un système. C'est de l'observation clinique bien conduite, et de la manière la plus profitable pour les élèves. Pour des œuvres de ce genre, qui n'ont que la prétention, et qui ont surtout le mérite, d'être utiles, la critique ne serait pas justi-

fiée. Elle ne pourrait porter que sur des points de détail, où des idées personnelles tendraient à se substituer aux idées de l'auteur. Il nous semble plus équitable de rendre à M. Voisin la justice qui lui est due, de le remercier de ce qu'il a fait pour l'enseignement des maladies mentales, dans son service de la Salpêtrière, et d'attendre avec lui, pour lui, des jours meilleurs. Nous saluerons avec bonheur le retour du libre enseignement, dans cette vieille maison qui fut jadis illustrée par nos maîtres ; nous qui avons pieusement gardé leur souvenir, nous ne pouvons sans tristesse voir interrompre une tradition qui n'était pas sans gloire. Elle pouvait être dignement continuée. Nous appelons de tous nos vœux un acte de l'autorité administrative, revenant sur une décision prise par elle, et qui est aussi contraire aux droits de la science qu'aux droits de l'humanité.

A. MOTET.

Étude sur la mélancolie. Des troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques, par le Dr J. Christian, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues. Ouvrage couronné par la *Société médico-psychologique*; 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson, édit., 1876.

Dans un savant rapport sur le prix Aubanel, M. J. Falret, en parlant du travail de M. Christian, s'exprime de la façon suivante : « On peut faire son éloge en une seule phrase en » disant de lui : Non-seulement il renferme un exposé très- » complet et très-bien coordonné de l'état de la science, mais, » à chaque page, il contient quelque vue nouvelle et, de plus, » il fait penser le lecteur en même temps qu'il expose les vues » propres de l'auteur ». Ce jugement de l'éminent aliéniste sera ratifié par le public ; car cette monographie sur les troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques est l'œuvre d'un clinicien distingué qui, ne se contentant pas de rassembler les faits, sait les rattacher à une théorie de cas particuliers bien analysés remonter à un principe général qui les domine et les explique.

Des dix chapitres dont se compose ce volume, les deux premiers sont consacrés à l'étude physiologique de la sensibilité générale. L'auteur admet deux classes de sensations générales : 1° la *sensibilité générale externe* qui comprend la sensibilité du contact, celle de température et celle de douleur ; 2° la *sensibilité générale interne*, dans laquelle il range toutes les sensa-

tions viscérales, le sens musculaire et les sensations électriques. Ce classement suscitera sans doute des objections ; pour nous, nous l'acceptons, sauf, toutefois, certaines restrictions.

Avec la plupart des physiologistes, nous préférerions voir le sens musculaire classé au nombre des sensations externes. Quant à la douleur, envisagée comme un sens spécial, c'est-à-dire ayant anatomiquement des fibres distinctes décrites, d'une façon hypothétique, il est vrai, par certains auteurs, elle est admise par plusieurs savants et, en particulier, par les cliniciens. Sur cette importante question, nous croyons devoir nous ranger à l'avis de ceux qui, comme M. Ch. Robin, enseignent que la douleur est un degré de toute sensation quelconque. « Dire, avec quelques auteurs, dit cet éminent biologiste (*Éléments de physiologie*, t. I, p. 143), qu'il y a un *sens* » *de la douleur*, au lieu d'employer les mots *sensibilité* et *sensation pénible* ou *douloureuse*, c'est fausser la signification du » mot *sens*, qui a une valeur plus anatomique que physiologique ; c'est prendre un degré de la sensibilité, un degré de » toute sensation quelconque pour une espèce particulière de » sensation ; c'est faire une confusion de la physiologie spéciale avec la physiologie générale. En effet, de ce que, dans » certains états, ce degré morbide de la sensibilité ne peut » être atteint, lors même que le degré normal persiste (cas où » l'on dit qu'il y a *analgésie*) ; de ce que, d'autres fois, les degrés normaux ayant disparu (*anesthésie*) avec persistance dans » le tissu du mode de sensibilité dit *douleur*, ou même avec » exagération (*hyperesthésie*), cela ne prouve pas l'existence » d'une sensibilité spéciale. Il n'y a sens particulier que là » où il y a un appareil spécial, dont un des organes, formé » de tissu nerveux, possède un mode de la sensibilité qu'on » ne retrouve pas ailleurs. »

Si nous sommes en désaccord avec M. Christian sur cette question tant controversée du sens de la douleur, il n'en est pas de même de ses idées sur le rôle que joue la sensibilité générale dans la production de nos idées. Avec lui nous croyons que c'est dans la sensibilité générale, surtout interne, qu'il faut rechercher la source des sentiments, des émotions. Le cerveau seul, dit-il avec raison, est le siége des passions, mais les viscères interviennent dans leur production par les impressions qu'ils transmettent au cerveau.

Le troisième chapitre est consacré aux troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques. L'auteur étudie succes-

sivement l'anesthésie, l'hyperesthésie et les perversions de cette sensibilité, c'est-à-dire les illusions et les hallucinations. Trente-neuf observations originales, prises avec le plus grand soin, servent de preuves à l'appui des descriptions que fait l'auteur des formes diverses que revêtent, dans les différentes espèces de la mélancolie, les troubles de la sensibilité générale.

M. Christian se livre ensuite à une étude intéressante et approfondie de la pathogénie et de l'évolution des symptômes de la mélancolie, dont il admet, avec la majorité des auteurs, deux variétés : la mélancolie proprement dite ou mélancolie sans délire, et le délire mélancolique ou lypémanie. Nous allons essayer, par une rapide analyse, de donner une idée des théories et des déductions de l'auteur.

Toute impression périphérique désagréable, douloureuse, se traduisant par un sentiment de tristesse, si cette impression persiste, ou si elle produit une atteinte tellement profonde qu'elle ne puisse s'effacer, il en résulte un état permanent de tristesse, de dépression morale, la *mélancolie*. C'est donc une lésion de la sensibilité générale qui est le phénomène initial, fondamental, de la mélancolie ; cette dernière se trouve donc caractérisée par l'existence morbide d'une émotion pénible dépressive, qui maintient le sujet dans un état de douleur morale. Ainsi conçue, la mélancolie, produit d'un éréthisme douloureux du cerveau, n'est pas encore la folie, l'individu mélancolique n'étant pas aliéné, c'est-à-dire n'ayant pas perdu la conscience de lui-même. Ce n'est que lorsque le délire apparaît, lorsque le processus pathologique a envahi les zones afférentes à l'activité intellectuelle, qu'il y a folie, aliénation. Cet état maladif tout nouveau a reçu le nom de lypémanie et comprend, comme on voit, deux éléments constants, la mélancolie et le délire. Ce délire varie dans sa forme extérieure, suivant qu'il s'alimente de préférence dans les troubles de l'une ou l'autre des grandes fonctions de l'entendement, intelligence, sensibilité, volonté. De là trois types de lypémanie : la lypémanie intellectuelle (idées, conceptions délirantes), la lypémanie sensoriale (illusions, hallucinations) et celle avec troubles de la volition, c'est-à-dire la lypémanie active et la lypémanie avec stupeur. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description des sous-divisions de ces trois formes principales. Il y a là des pages intéressantes sur la lypémanie anxieuse ou délire panophobe, sur le délire hypochondriaque, le délire des persécutions, etc.

L'auteur, après avoir étudié les troubles de la sensibilité générale survenant, soit dans la mélancolie simple, soit dans la lypémanie, consacre ensuite un chapitre à l'étiologie.

Il s'applique avec raison à effacer cette distinction scolastique des causes en physiques et morales.« Celles-ci sont des causes centrales, dit-il, les autres sont des causes périphériques; mais elles s'adressent toutes au même appareil nerveux, dont la sensibilité générale forme le pôle externe, périphérique,—la sensibilité morale, le pôle cérébral. »

M. Christian, recherchant enfin quelle peut être l'influence des symptômes qu'il étudie sur le pronostic de la mélancolie, fait ressortir combien celui-ci devient fâcheux quand l'idée de douleur *se concrète en idée délirante*, quand surtout ce délire se systématise, comme dans la folie hypochondriaque et dans le délire des persécutions.

Dans les limites étroites d'un article bibliographique, nous ne pouvons pas avoir la prétention de donner une idée exacte et complète d'un travail qui, à tous égards, mérite d'etre lu d'un bout à l'autre; car, suivant les expressions de M. J Falret, « il contient, à chaque page, des considérations intéressantes ou des aperçus originaux qu'il est impossible de faire figurer dans un résumé. »

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— La topographie cranio-cérébrale ou les rapports anatomiques du crâne et du cerveau; Paris 1876; par M. Paul Broca; br. in-8° de 80 p.

— Sur la situation morale et légale et le placement des aliénés criminels et dangereux; par M. le Dr Semal; Bruxelles, 1876; br. in-8° de 32 pag.

— Contribuzione alla fisiologia e patologica del linguaggio; par le Dr Aug. Tamburini; Reggio-Emilia, 1876; br. in-8° de 85 pag.

— Recherches physiologiques sur l'innervation du cœur; par le Dr Léop. Miot; Bruxelles, chez Manceaux, 1876; br. in 8° de 160 pag.

— Leçons sur les maladies mentales, premier fascicule : de la folie en général; des illusions et des hallucinations; par M. le Dr Benjamin Ball; Paris, 1876, chez Asselin; br. in-8° de 88 pag.

— Saggio sulla doctrina degli atti mentali; par le Dr Antonio Michetti; Pesaro, 1876; br. in-8° de 63 pag.

— Thirty-Third annual report of the managers of the state lunatic asylum, at Utica, for the year 1875 ; br. in-8 de 71 pag.

— Bericht über der Irren-Heilanstalt Sachsenberg vom Jahre 1874-1875 mit vergleichender Statistik; par le Dr Tigges ; br. in-4° de 27 p.

— Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone ; par le Dr Paul Moreau (de Tours); Paris, 1876, chez Asselin ; br. in-8° de 70 pag. Prix : 2 fr.

— Asile public d'aliénés d'Armentières; compte rendu sur le service médical de l'asile pendant l'année 1875 ; par M. le Dr Boutcille ; br. in-4° de 24 pag.

— Asile public d'aliénés de Bailleul ; rapport sur le service médical pour l'année 1875; par M. le Dr de Lamaëstre ; br. in-4° de 35 pag.

— Asile départemental d'aliénés de Saint-Gemmes-sur-Loire; compte moral et administratif et rapport médical de l'exercice 1875 ; par M. le Dr Combes; br. in-8° de 139 pag.

— Asile public d'aliénés de Cadillac ; compte rendu médical sur l'exercice 1875 ; par M. le Dr Péon ; br. in-8° de 39 pag.

— De l'intelligence, par M. H. Taine ; analyse, par M. le Dr Charles Féa ; Paris, 1876 ; br. in-8° de 80 pag.

THÈSES DE PARIS.

(Année 1876, suite).

123. Tissot. Des paralysies laryngées.

136. Martin. Des troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie.

141. Des localisations spinales du rhumatisme.

146. Rousset. Contribution à l'étude du cauchemar.

147. Connard. Du sein hystérique ; étude sur le gonflement douloureux du sein chez les femmes hystériques.

149. Bétous. Etude sur le *tabes* dorsal spasmodique.

150. Pinel. De l'hémorrhagie pulmonaire et de l'hémoptysie en rapport avec les lésions du cerveau.

154. Lauge. De la névralgie cervico-occipitale.

157. Raymond. Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques.

172. Lhuyssier. Séméiologie du vertige.

173. Mareschal. De la manie rhumatismale.

176. Richard. Un mot sur quelques rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie.

182. Frégévu. Des eschares dans la paralysie générale progressive.

183. Guérin. Contribution à l'étude de la chorée.

194. Trifaud. Des troubles de la sensibilité dans l'ataxie locomotrice.

207. Gauthier. Contribution à l'étude de la paralysie ischémique.

VARIÉTÉS.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour l'année 1876.

Prix Civrieux. « Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue. »

Prix Saint-Lager. (Voir *Annales médico-psychologiques*, 1874; t. XI, p. 327.)

Les mémoires pour les prix à décerner en 1877 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai de la même année.

DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A PARIS.

Dans sa session dernière, la Chambre des députés, sur la proposition de M. le Dr Clémenceau, a voté la création d'une chaire de pathologie mentale, qui devra être à la fois théorique et clinique ; ce qui entraînera l'installation d'un service spécial soit à l'asile Sainte-Anne, soit dans l'un des quartiers de la Salpêtrière ou de Bicêtre, soit dans l'un des hôpitaux de Paris.

M. le Ministre de l'intérieur a de plus l'intention d'autoriser la réouverture des conférences cliniques qui ont été suspendues en 1874 par une décision de M. le Préfet de la Seine.

Les inspecteurs généraux du service des aliénés viennent d'être chargés par M. le Ministre de l'intérieur d'étudier les moyens d'organiser dans les asiles de la Seine l'enseignement officiel et les conférences cliniques sur les maladies mentales.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris.— Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

CAS D'HYSTÉRIE AIGUË

CHEZ L'HOMME

Par le Dr P. DESPINE

(De Marseille).

Si l'affection nerveuse très-improprement appelée hystérie est assez fréquente dans sa forme lente, permanente et constitutionnelle, elle est assez rare dans sa forme aiguë et accidentelle. La *Gazette médicale*, dans son numéro du 4 décembre 1875, p. 609, a donné une observation de cette maladie dans sa forme aiguë chez un jeune homme. C'est encore un jeune homme qui nous fournit l'observation suivante (1).

(1) Cette observation fait partie d'un ouvrage que nous publierons bientôt, ouvrage qui aura pour titre : *Étude scientifique sur le somnambulisme, sur les phénomènes réels qu'il présente et sur son action thérapeutique dans les maladies nerveuses. — Du rôle important que joue l'automatisme dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans les névroses dites extraordinaires. — Étude précédée d'un travail sur l'inconscient et sur l'automatisme.*

M. X...a 24 ans. Il est commis chez un droguiste. Son tempérament est nerveux. Il est d'un naturel impressionnable ; son teint est coloré. A la suite d'une vive frayeur occasionnée le 18 mars 1876 par un incendie subit, causé par le pétrole, il fut pris d'accès convulsifs violents. Avant de parler de ces accès, disons quel était l'état du malade dans leur intervalle. Son pouls n'était pas fébrile, sa figure avait sa coloration naturelle, son appétit avait un peu diminué, il faisait néanmoins régulièrement ses repas ; sa langue était blanche, épaisse, saburrale ; il se plaignait d'une douleur vive sous l'occipital à la partie correspondant au bulbe rachidien. Des idées tristes l'obsédaient, les scènes douloureuses de sa vie se présentaient à son esprit. Il parlait souvent de la mort de sa mère, de celle de ses parents et de ses amis ; alors il pleurait. Il avait par moment des hallucinations qui lui faisaient voir des flammes. Par moment aussi il avait des mouvements choréiques dans les membres, sa démarche était incertaine ; puis cela disparaissait, mais depuis sa maladie il bégayait constamment, tantôt plus, tantôt moins, sa parole était entrecoupée et saccadée. Les accès qu'il présentait se manifestèrent sous trois formes différentes : le sommeil somnambulique, l'accès convulsif conscient et l'accès convulsif inconscient. 1° *Sommeil somnambulique.* Le malade passait toutes ses nuits dans ce sommeil. Tous les sens étaient alors suspendus ; les pincements, les piqûres de la peau, les bruits les plus intenses ne produisaient aucune réaction ; les yeux étaient clos ; en écartant les paupières on constatait qu'ils étaient convulsés en haut. Les parents nous dirent que rien ne pouvait le réveiller. Nos interpellations réitérées, les pincements les plus forts ne firent rien. Alors il nous vint à l'idée d'employer un moyen dit magnétique, et nous l'essayâmes, seulement pour voir ce qu'il en adviendrait, car nous ne comptions guère sur son efficacité. Nous prîmes une de ses mains de façon que la face palmaire de notre pouce touchait la

face palmaire du pouce de sa main ; puis nous l'appelâmes à voix presque basse. A la troisième interpellation il s'éveilla à notre grand étonnement et à celui de son entourage. 2° *Accès convulsif conscient.* Cet accès se manifeste par des secousses violentes dans les membres supérieurs, des gesticulations brusques et des cris saccadés. Le malade a alors le gosier serré et il ne peut pas parler. Ces phénomènes spasmodiques durent de une demi-heure à une heure ; puis ils cessent subitement. Le malade a parfaitement la conscience de ce qui vient de se passer et il peut le raconter si on le lui demande. Nous trouvant un jour présent au début d'une crise semblable, nous lui prîmes la main comme nous l'avions fait précédemment, pour voir ce qu'il en adviendrait. A notre grand étonnement et à celui des personnes qui le soignaient, la crise cessa subitement. Nous avouons que nous n'espérions pas produire cet effet, ne supposant pas que nous aurions pu l'obtenir. Les parents, qui ne savaient pas que nous avions pris la main de ce jeune homme, croyaient que c'était notre présence qui avait coupé l'accès. Nous leur dîmes alors ce que nous venions de faire. Dans une autre occasion, par le même procédé nous fîmes cesser, après huit minutes d'attouchement des mains, une crise qui habituellement durait au moins une demi-heure (1). 3° *Accès convulsif inconscient.* Cet accès se manifeste par des spasmes,

(1) Ce phénomène et celui de l'éveil que nous provoquâmes par le même procédé, phénomènes dont nous garantissons la réalité, sont fort remarquables. Ils appartiennent à l'action dite magnétique que les magnétiseurs exercent sur le système nerveux des hystériques avec lesquels ils sont en communication. Et cette action, il faut bien le reconnaître, n'a pas toujours pour cause l'influence puissante de l'imagination, car dans le cas où nous avons provoqué l'éveil, nous agissions sur une personne qui était dans un sommeil somnambulique, dans un état complet d'inconscience, sur une personne dont l'activité psychique, et même l'activité automatique du cerveau étaient suspendues. Ce phénomène ne peut s'expliquer alors que par l'influence (dont nous avons démontré la possibilité et la pro-

des gesticulations, des ébats plus violents encore. Cet accès est tout à fait inconscient, il débute par de violentes secousses dans les membres; trois personnes peuvent à peine maintenir le malade. D'autres fois celui-ci, après ces secousses, se met à marcher rapidement, à gesticuler comme s'il était en proie à des hallucinations effrayantes, ou bien il saute sur les chaises, il chante. Pendant ces crises, ses yeux, presque toujours fermés, sont quelquefois grandement ouverts; alors le regard est vague, légèrement porté en haut. Nous avons constaté que les pupilles étaient, comme dans le somnambulisme ordinaire, très-dilatées, et qu'elles ne se contractaient point à l'approche brusque d'une lumière. Lorsque ses yeux sont tout à fait fermés, le malade, malgré cela, voit les objets environnants, car il marche rapidement, il court dans une chambre assez petite au milieu de laquelle se trouvent la table à manger, des chaises, etc., sans heurter aucun meuble. Nous n'avons pas essayé de lui demander s'il voyait, parce qu'il ne répond pas. Il se précipite, toujours les yeux clos, vers la porte et il prend sans tâtonner le bouton de la serrure pour ouvrir cette porte et sortir. Ces crises inconscientes cessent brusquement après avoir duré d'une demi-heure à une heure et demie. Alors le malade reprenant tout à coup le sentiment de l'être, et voyant beaucoup de personnes inquiètes autour de lui, demande la cause de cette inquiétude, car il ignore absolument ce qui vient de se passer, seulement il se sent brisé de fatigue. Après ces grandes crises qui le prennent le matin (1), et qui succèdent sans interruption au sommeil de la nuit, le malade, une fois revenu à son état normal,

babilité) que l'activité nerveuse d'une personne en santé exerce sur l'activité nerveuse des personnes atteintes d'hystéricisme, état dans lequel le système nerveux se trouve être dans un état exceptionnel d'impressionnabilité.

(1) Nous ferons observer que c'était aussi le matin après le sommeil de la nuit que le malade dont l'observation a été apportée par la *Gazette médicale* avait ses fortes crises.

affirme avoir profondément dormi et ne rien connaître de ce qu'on lui rapporte. Pendant les quinze premiers jours de sa maladie, M. X..., outre les crises de sommeil somnambulique et les crises convulsives conscientes qui étaient assez fréquentes, avait chaque vingt-quatre heures deux grandes crises inconscientes, une le matin à sept heures et l'autre le soir à huit heures. La crise la plus forte était celle du matin qui faisait suite au sommeil de la nuit, sommeil qui était toujours très-profond et somnambulique. On dirait que le besoin d'activité morbide du système nerveux, accumulé et comprimé pendant ce long repos, se décharge par une explosion violente. Le calme du sommeil n'amortit point cette activité morbide qui ne s'épuise que peu à peu, après que la maladie a duré plus ou moins longtemps. Le sommeil somnambulique naturel, dans lequel le malade tombait plusieurs fois dans la journée, ne soulageait pas non plus le malade. Rien ne peut, paraît-il, apaiser cette tempête nerveuse dans sa période d'acuité. Chez ce malade, de même que chez celui dont s'est occupé la *Gazette médicale*, ce ne fut guère qu'après vingt jours que les fortes crises inconscientes diminuèrent un peu d'intensité. Les petites crises conscientes furent alors moins fréquentes, ce qui permit au malade de pouvoir sortir et de se promener. Vers le vingt-cinquième jour de la maladie, les crises inconscientes changèrent peu à peu de caractère. Elles étaient moins violentes et moins longues, elles ne duraient pas plus d'une demi-heure ; mais le malade en avait quatre par jour. Elles consistaient dans des secousses ou dans des extensions saccadées et brusques des quatre membres, dans des gesticulations, dans des mouvements de tête rapides en arrière, et à droite et à gauche. Lorsque ces secousses étaient violentes, elles se terminaient par la sortie de la bouche de quelques bulles d'air formées par la salive, mais il n'y avait pas d'écume. A cette époque, chez notre malade, de même que chez l'autre malade dont nous

avons parlé, à mesure que les spasmes diminuèrent d'intensité, les accès inconscients prirent de plus en plus la forme somnambulique. Voici ce qui arrivait dans les crises après quelques secousses. Le malade, qui jusqu'alors passait ses crises étendu sur son lit ou sur son canapé, se levait ; muet, et *les yeux fermés*, il marchait vite dans les appartements. Autant les mouvements du malade sont lents hors de ses crises, autant ils sont prompts et accélérés pendant toute la durée de ses crises. Il passait entre les meubles sans les heurter, sans se guider avec ses mains ; il accomplissait aussi divers actes ; citons-en quelques-uns. Il va dans la chambre où il prend son bain, il décroche le thermomètre pendu à un clou, toujours les yeux fermés, et sans tâtonner ; puis il plonge l'instrument dans l'eau de la baignoire, le retire, l'essuie et le repend au clou. Ou bien il fait son lit, ou encore il monte très-vite aux étages supérieurs de la maison. Depuis deux jours, c'est-à-dire depuis le vingt-troisième jour de sa maladie, il accomplit trois à quatre fois par jour l'acte suivant sur lequel nous appelons l'attention du lecteur, parce que cet acte est le point de départ d'autres actes importants. Il quitte subitement la salle à manger, ayant les yeux toujours clos, et il va, en passant par un long corridor, dans la chambre de son père ; il s'approche du lit, il s'agenouille sur le tapis, il fait le signe de la croix, ses lèvres remuent légèrement, mais il ne prononce aucune parole. Après une minute au plus il fait encore le signe de la croix, il se remet en marche dans les appartements, puis il se repose. Il est alors complétement insensible ; nous le pinçons, nous le piquons fortement, il ne remue pas ; les odeurs les plus fortes, l'ammoniaque, l'acide acétique ne produisent sur lui aucune action. Une jeune domestique de 16 ans, appelée Marthe, se trouvant près de lui pendant sa promenade somnambulique, alors qu'il avait les yeux fermés et qu'il ne parlait point, lui prend les mains pour le faire asseoir. En même

temps, elle lui dit machinalement, car elle savait que le malade ne répondait jamais : Comment vous trouvez-vous ? aussitôt il répond : très-bien. C'est la première fois qu'il répond en crise somnambulique. Marthe lui fait une foule de questions auxquelles il répond. Si elle ne tient pas les mains du malade, celui-ci ne répond plus. Si elle s'éloigne, il la poursuit, toujours les yeux fermés, dans les appartements, dans les escaliers, et il lui saisit la main. Marthe l'interroge sur sa maladie. Il dit que le bromure de potassium lui fait du bien, ce qu'il avait répété plusieurs fois hors de ses crises. Il dit que dans huit jours il sera mieux et qu'il guérira peu à peu. Marthe, en communication avec lui, lui demande qui se trouve à l'étage supérieur dans telle chambre, il répond : il y a une jeune fille qui lit, ce qui était vrai. Marthe le savait. Est-ce par la transmission de la pensée que ce somnambule connaissait ce fait? Cela est probable, car sur ce que Marthe ne sait pas, le somnambule ne peut répondre. On lui met dans les mains une lettre cachetée, il a les yeux fermés ; il dit qu'il y a un timbre de 15 centimes, mais il ne distingue pas bien l'adresse. Il ne sait rien du contenu de la lettre. On voit par là qu'il ne connaît que ce que Marthe connaît elle-même. Du vingt-cinquième jour au trente-deuxième, la maladie est à peu près stationnaire ; le malade a toujours à peu près le même nombre de crises conscientes et de crises inconscientes. Il sort et se promène. Depuis le commencement de sa maladie, sa langue reste toujours saburrale ; cependant il mange avec appétit. La douleur de la région cervicale postérieure et supérieure est également toujours la même depuis qu'il est malade. Outre le traitement par les bains, par le bromure de potassium à 6 grammes par jour et par la valériane, il est purgé de temps en temps sans modification dans l'état de la langue.

Dans ces crises inconscientes, l'activité somnambulique n'a pas cessé de prendre chaque jour l'attitude religieuse

que nous avons signalée plus haut, et cette attitude s'accentue de plus en plus. Les yeux clos il s'agenouille les mains jointes, ou les bras élevés ou croisés sur la poitrine ; puis il fait des signes de croix, ou bien il prend la pose des personnes qui sont absorbées par la prière. Ces attitudes automatiques n'ont pas pour origine une habitude prise, car le malade ne fait pas habituellement des prières. Ces attitudes doivent avoir pour origine l'impression laissée dans les cellules cérébrales par la vue soit de tableaux religieux, soit de personnes en prière. Une fois la crise terminée, il n'a aucune connaissance de ce qu'il vient de faire. Voici un phénomène fort curieux qui se manifeste chez lui dans l'état conscient et hors de ses crises, depuis quinze jours environ, chaque fois qu'il urine. Lorsque la miction est terminée, le malade tourne involontairement deux ou trois fois sur lui-même, et il tomberait si on ne le soutenait pas.

Depuis qu'il a éprouvé l'influence de Marthe sur son état nerveux, il dit hors de ses crises que le magnétisme (c'est-à-dire l'action du système nerveux d'une personne en santé sur le système nerveux d'une personne malade), lui fait du bien, et il demande à être endormi. Pour obtenir ce résultat, Marthe lui prend les deux mains ; au bout de deux à trois minutes il tombe dans le sommeil somnambulique. Au moment où il tombe dans cet état, si les yeux sont ouverts, on les voit se convulser subitement en haut.

Un matin à 6 heures, c'était le trente et unième jour de sa maladie, il était, à la suite du sommeil de la nuit, dans une crise inconsciente; alors, pour la première fois, il parle spontanément, sans le secours de personne. Il appelle Marthe à plusieurs reprises, et les phénomènes suivants d'hyperesthésie sensorielle se manifestent : il porte la main à son oreille, comme s'il cherchait à mieux entendre. Il dit qu'il entend que Marthe se lève. Elle est à l'étage supérieur dans une chambre qui ne correspond pas à celle où il se trouve. Les personnes présentes n'entendaient absolument

rien, et n'attribuaient aucune importance à ces paroles. Un moment après, il dit que Marthe prend son café à la cuisine, et après son café, il dit qu'elle mange encore. On s'enquiert pour savoir ce qu'il en était, et on constate que tout cela était exact. A l'étage où se trouvait Marthe, on ouvre la porte qui donne sur l'escalier, et il dit : ce n'est pas Marthe qui sort, c'est sa sœur. C'était réel. Quelques instants après, Marthe qui ignorait tout cela, descend ; et, bien que l'appartement où se trouvait le somnambule fût fermé, il dit avec vivacité : c'est Marthe qui descend, je sens son souffle. Et il se sentait tellement attiré vers l'escalier que si on ne l'avait retenu, il y serait allé. C'est la seule scène de ce genre qu'il ait manifestée.

La moindre contrariété qu'il éprouve augmente l'intensité de ses crises. On dirait que ses désirs sont des besoins nerveux qui ne cessent que par leur satisfaction, de même que le besoin spasmodique ne cesse qu'au moyen de sa satisfaction par les spasmes. L'affection nerveuse hystérique est d'une mobilité tellement grande dans ses manifestations si diverses, que dans les crises de cette maladie on voit se substituer les uns aux autres et se succéder les phénomènes nerveux les plus opposés et les plus intenses. Ainsi chez notre malade, quoique en crise l'état habituel soit la paralysie des sens, on rencontre par moment une sensibilité exagérée, excessive. A l'insensibilité de l'ouïe succède l'hyperesthésie de cet organe ; à l'anesthésie cutanée succède une sensibilité tellement exagérée que l'attouchement le plus léger de la peau, ou même *d'un cheveu* fait ressauter le malade. On voit par là combien il est nécessaire pour étudier et constater les phénomènes du somnambulisme, état qui appartient surtout à l'affection dite hystérique, de voir les somnambules non pas accidentellement ou à un moment donné, mais de les voir souvent, dans toutes les phases que présente leur état nerveux.

Ayant l'opportunité d'étudier l'effet thérapeutique que

peut avoir l'action dite magnétique sur notre malade, nous allons indiquer le résultat de nos appréciations. Nous ne croyons pas cependant que cette appréciation puisse se rapporter à tous les cas d'hystérie aiguë, car cette maladie est individuelle au suprême degré. Du moment où il s'était rencontré une personne qui avait une influence sur notre malade, nous avions recommandé d'employer cette influence pour calmer les crises convulsives dès qu'elles seraient fortes. C'est ce qui fut fait. A la première crise, Marthe, en lui prenant les mains, fit cesser les spasmes. Cependant quand celle-ci s'approcha de lui pour lui prendre les mains, il repoussa celles de Marthe qui ne parvint qu'avec difficulté à les lui saisir. Les spasmes ayant cessé, Marthe, toujours en contact avec lui, lui demanda si elle devait le réveiller. Non, pas encore, répondit-il. Dix minutes après, il dit qu'on peut le réveiller. Marthe lui dit : Réveillez-vous. Instantanément il ouvre les yeux et reprend la conscience de l'être. Il n'avait pas connaissance de ce qui venait de se passer. Les phénomènes spasmodiques de la crise, on vient de le voir, avaient été entravés, arrêtés par l'action dite magnétique; mais voici ce qui en était résulté : la crise somnambulique terminée, et le malade revenu à lui, celui-ci se sentait lourd et fatigué. Comme on lui racontait ce qui venait de se passer, il recommanda de ne pas faire cesser ses spasmes par le magnétisme et de ne le magnétiser que lorsque ses spasmes auraient cessé (l'action magnétique consistait à lui prendre les mains). Que conclure de ce qui précède sur l'action thérapeutique du magnétisme et du somnambulisme dans l'hystérie aiguë? D'après les faits susénoncés on pourrait conclure ce qui suit : 1° L'état somnambulique spontané, c'est-à-dire provoqué par la maladie elle-même, état dans lequel ont lieu les accès inconscients, n'a aucune action salutaire sur la marche de la maladie, car il fait partie de la maladie elle-même. Le sommeil somnambulique, ce long et complet repos

de la nuit, n'empêche pas les spasmes, puisque les spasmes les plus forts sont ceux qui ont lieu après ce sommeil; 2° l'action dite magnétique d'une personne en santé sur notre malade arrête bien les spasmes, mais l'arrêt de ces mouvements est nuisible au malade ; il le rend lourd et fatigué au réveil. D'où il faut conclure que la tempête nerveuse, une fois commencée ne doit pas être entravée, qu'elle devient elle-même uue source de soulagement, une soupape par où s'échappe l'éréthisme nerveux, c'est-à-dire la maladie elle-même, et que celle-ci ne peut cesser qu'en s'épuisant peu à peu par cette issue. Cependant le malade dit que, *après la crise spasmodique*, l'action magnétique lui donnera un grand calme à son réveil. Nous avons recommandé néanmoins de ne plus magnétiser le malade, ce qui a été observé.

Notre malade, on se le rappelle, avait annoncé en somnambulisme que dans huit jours il serait mieux. C'était le jour de Pâques qu'il avait annoncé cela. Pendant la semaine, son état s'améliora sensiblement; en effet, les crises spasmodiques inconscientes devinrent moins fortes et le samedi 22, il put faire une promenade de quatre heures. Le lendemain dimanche, voici ce qui arriva. Le matin à son réveil il n'eut qu'une petite crise spasmodique *consciente*. Vers 11 heures il a une crise spasmodique inconsciente extrêmement forte, qui dure près d'une heure, puis il reprend la conscience de l'être. A midi, entendant le bourdon de Notre-Dame de la Garde, et ayant toujours la conscience de l'être, il tombe en extase avec ballucinations de la vue et de l'ouïe. Il s'agenouille, il fait le signe de la croix, il joint les mains ; puis les élevant et les écartant, il récite l'*Ave Maria*. Il prie la Vierge, se recommandant à Notre-Dame de la Salette ; il demande de l'eau venant de ce lieu de pèlerinage, eau que sa tante lui faisait boire depuis quelques jours. Il s'asperge de cette eau ; puis, tenant la bouteille dans ses mains, il demande vivement du bromure de potassium; il en met dans cette eau et il boit tout

le contenu de la bouteille. Prenant alors une pose extatique, les mains élevées, il dit de ne pas le troubler et de faire silence. Alors il répète à trois reprises et à haute voix : « Je vois la Vierge avec deux anges à ses côtés » (telle qu'elle est représentée dans certaines images). Il prend les mains de sa cousine et celles de Marthe, jeunes filles qui assistaient à cette scène, et il s'écrie : « Sainte Vierge ! bénissez-les et mon Père. » Puis, dans la position d'un homme qui écoute, il dit : « J'entends oui, oui, oui. » L'extase se termine ainsi. Il reprend sa physionomie ordinaire, il sourit aux personnes qui l'entourent. Le soir il n'a pas sa crise ordinaire. Il s'endort à 9 heures. Le lendemain matin nous allons le voir à 9 heures, il dormait encore, mais d'un sommeil somnambulique, car rien ne pouvait le réveiller. Nous lui prenons les mains et nous l'appelons, mais en vain. Nous tenons toujours ses maius. Cinq minutes après il a une petite crise spasmodique inconsciente qui termine son sommeil, et il se retrouve dans son état normal. Il nous dit, lorsque nous lui demandons comment il se trouve, qu'il se sent mieux et que dans huit jours, le 1er mai, il sera guéri. Nous verrons (1). Nous remarquerons qu'il ne nous dit point alors que c'est la Vierge qui le lui a dit. Cette idée lui vint les jours suivants alors qu'on s'occupait beaucoup de son hallucination dans son entourage. Cette manifestation du seutiment religieux chez un jeune homme qui n'a jamais été pieux, manifestation d'abord automatique et inconsciente, et de peu d'importance, pendant une quinzaine de jours, puis se manifestant consciemment sous forme d'extase avec hallucinations, est un phénomène fort curieux. On voit par là que les phénomènes nerveux anormaux se transforment, dans le nervosisme aigu, avec la

(1) Nous donnons cette observation et les réflexions qui y ont rapport telles qu'elles ont été consignées par nous chaque fois que nous avons visité le malade.

plus grande facilité. Il est intéressant aussi de voir les impressions cérébrales antérieurement reçues se reproduire et donner lieu à des actes dans des conditions différentes. Ainsi, tantôt ce sont des impressions qui ayant eu lieu dans l'état inconscient se reproduisent dans l'état conscient; témoin les scènes religieuses qui, automatiques et inconscientes dans le principe, se sont reproduites plus tard conscientes. Tantôt ce sont des impressions qui ayant été reçues dans l'état conscient se sont reproduites dans l'état inconscient, c'est-à-dire en somnambulisme, témoin ce qui suit. Le samedi 15 avril, en lisant le journal *la Fronde*, il voit que ce journal hebdomadaire paraîtra le samedi prochain sous un autre format et qu'il coûtera 15 centimes au lieu de 10. Le samedi suivant 22, étant dans le somnambulisme qui succède à l'accès spasmodique, il se dirige vers un bureau et il écrit, ayant les yeux fermés, sur une ligne droite et avec son écriture ordinaire, ces mots : *La Fronde* doit coûter aujourd'hui 15 centimes. Et il donne avec cet écrit 15 centimes à la domestique. — Sa langue est toujours blanche et saburrale. Cependant, il a bon appétit et il digère bien.

Lundi 24, en état conscient, il a une hallucination qui lui fait voir tous ses parents qui étaient morts depuis quelques années. Il voit même morts, dans cette hallucination, et mêlés avec les morts, plusieurs de ses parents qui étaient en vie. Ses crises spasmodiques sont maintenant toutes conscientes; il se les rappelle plus tard, il entend ce qu'on dit, mais il ne peut répondre. Quoique conscientes, ces crises convulsives sont fortes, et il en a quatre ou cinq par jour. Tantôt avant, tantôt après ces crises, il a comme précédemment des accès de somnambulisme pendant lesquels il accomplit les actes ordinaires de la vie; il se promène, il fait sa toilette, cherche ses vêtements, monte à la terrasse de la maison, mange, boit, etc., actes dont il n'a aucune conscience au réveil. Une fois étant sur la terrasse, Marthe

se trouvant là le réveille. Il est tout étonné de se trouver dans ce lieu.

Mercredi, étant sorti pour se promener, il a eu dans la rue une légère défaillance. Il fut obligé de rester quelque temps assis dans un magasin. Il dit toujours qu'il sera guéri dimanche soir 30 avril. Nous verrons.

Jeudi 27. L'état est à peu près le même. Le malade éprouve toujours une vive douleur à la partie postérieure et inférieure du cou, sous l'occipital, c'est-à-dire à la partie correspondant à la moelle allongée. La langue est très-saburrale, il a moins d'appétit. Nous lui ordonnons 5 centigrammes de tartre stibié pour demain.

Samedi 29. Le vomitif a produit hier peu d'effet, il l'a purgé seulement. La langue reste toujours blanche et épaisse. La douleur cervicale est moins forte. Depuis trois jours, il prédit la veille, en état de conscience, les crises spasmodiques qui arrivent le lendemain; et elles arrivent à l'heure fixée. Hier, en état conscient, il a eu le matin une hallucination qui lui a fait voir ses parents morts et la Vierge. Aujourd'hui à midi, il a une crise spasmodique consciente, ainsi qu'il l'avait annoncé la veille, et qui a duré deux heures. La fin de cette crise a redoublé d'intensité. Il a eu de violentes secousses dans les membres, une forte constriction au gosier; la respiration est devenue saccadée, les muscles de la bouche étaient contractés, et l'air en passant produisait le bruit que fait la vapeur en sortant d'un tuyau d'échappement. Il a aussi, comme dans les fortes crises, quelques bulles d'air sur les lèvres, et il fait entendre quelques cris. Il avait prédit que cette crise durerait jusqu'à 2 heures. A 2 heures moins 5 minutes son père lui dit qu'il est 2 heures. « Pas encore, répond-il d'un ton solennel, deux heures n'ont pas sonné à l'horloge de l'éternité, il manque cinq minutes. » Trois minutes après il dit qu'il manque encore deux minutes, et à 2 heures précises la crise cesse. Il prédit une crise

semblable pour demain dimanche à midi; il dit que demain il aura beaucoup de crises fortes et qu'à minuit il sera guéri et n'aura plus de crises; puis il s'endort. Ses crises spasmodiques sont coupées par de courts accès extatiques conscients pendant lesquels il a presque toujours les yeux fermés. Marthe l'ayant touché il la reconnaît et il lui dit du ton emphatique et inspiré qu'il prend pendant ces moments d'extase : « Marthe, vous ne pouvez rien sur moi dans ce moment. » Et il la repousse. Il continue en disant que la Vierge lui a dit que le magnétisme le soulagerait, mais ne le guérirait pas. — Depuis une semaine le malade n'a plus de vertige après avoir uriné.

Dimanche 30. A midi sonnant au bourdon de Notre-Dame de la Garde, et qu'il entend, il a sa crise spasmodique et extatique consciente à laquelle nous assistons et que nous allons décrire en entier. — Subitement il est pris de secousses violentes dans les membres, de spasmes dans les muscles de la face, de mâchonnement, de cris étouffés. Les yeux sont fermés; en écartant les paupières, nous constatons qu'ils sont convulsés en haut et que la pupille est très-dilatée. Il y a insensibilité complète de la peau. Après un moment, la crise spasmodique se change en extase religieuse. Il se met à genoux sur son lit, lève les mains en haut et invoque la Vierge sous tous ses noms : Vierge de la Garde, Vierge de la Salette, de Lourdes, Notre-Dame-des-Victoires. Il est toujours en état conscient. Nous lui parlons et il nous répond; il dit qu'il souffre de la tête. Par moment il ouvre les yeux; les pupilles sont très-dilatées et immobiles. Il n'y a pas de clignotement, même en passant rapidement la main devant les yeux ouverts. Il dit, avec un ton prophétique, qu'il n'a plus que douze heures de souffrances et qu'à minuit il sera guéri. Dans cet état extatique il s'écrie : « Ah! que c'est beau! Je vois la Vierge. » Il a alors les yeux ouverts et fixes devant la fenêtre qui est ouverte. Nous lui mettons la main devant les yeux, comme

pour l'empêcher de voir ce qu'il fixe; il repousse notre main.

Renouvelant l'expérience de Brewster, afin de savoir si elle réussirait, nous pressons le côté externe d'un des globes oculaires afin de détruire le parallélisme de l'axe des deux yeux, et nous lui demandons s'il voit la Vierge simple ou double. Il nous répond : « Je la vois double ». Et indiquant devant lui avec le doigt, deux endroits peu distants, il ajoute, « là et là ». Nous répétons plusieurs fois l'expérience dont le résultat ne varie pas, expérience qui prouve bien que, par le fait de l'habitude prise, les hallucinés rapportent à leurs organes des sens les impressions que des causes internes font surgir dans les ganglions sensitifs. Un moment après, il ferme les yeux, il met ses mains dessus et il dit : « Je vois la Vierge dans le creux de ma main. » Probablement par la même cause que, lorsqu'on ferme les yeux après avoir fixé un objet lumineux, on voit encore cet objet. La rétine avait donc été impressionnée par l'image subjective lumineuse de même qu'elle l'aurait été par une image réelle, objective.

L'extase et l'hallucination, après avoir duré cinq à six minutes, cessent, et un petit accès spasmodique les suit. Il a eu, pendant cette crise qui a duré une heure, des alternatives de spasmes et d'extases qui se sont succédé sept à huit fois. L'hallucination n'a apparu qu'à la première de ces extases.

Dans ses extases il parle d'un ton emphatique et prophétique, ses paroles sont lentes, monotones, elles ne cessent pas et elles roulent toujours sur les mêmes sujets qui reviennent continuellement. Il invoque la Vierge, il répète qu'il sera guéri à minuit, puis, toujours sur le même ton emphatique, il dit que le magnétisme l'a soulagé, mais ne l'a pas guéri. Il rappelle les crises qu'il avait il y a vingt jours, et il ajoute que lorsque Marthe le magnétisait elle faisait avorter son accès, mais que l'accès suivant était plus fort.

Il dit que depuis cinq jours il n'a pas perdu connaissance dans ses crises. Lorsqu'après l'extase ses spasmes le reprennent, il nous dit : «Je ne puis plus vous répondre,» et il cesse de parler. Pendant cette crise sa sensibilité subissait de grandes variations ; par moment, il y avait anesthésie complète de la peau, peu d'instants après la sensibilité réapparaissait. Nous lui demandâmes quand il put parler combien de temps durerait la crise à laquelle nous assistions ; il nous répond : Une heure. — Combien avez-vous encore à souffrir? — vingt minutes environ. La crise a commencé à midi, il est une heure moins 24 minutes. Le malade est couché et il n'a à sa portée ni montre, ni pendule. Il dit tout cela du ton emphatique d'un prédicateur. A une heure il s'étire, il a des spasmes, il pousse des cris et il dit : Je n'ai plus que trois minutes. Un moment après, il se met à genoux sur son lit, il prend une pose extatique, récite l'*Ave Maria*, et dit : C'est fini. — Il est une heure et 4 minutes précises. Il s'est trompé de 4 minutes. Aussitôt l'expression de sa figure change totalement. Elle était pâle et sévère, elle devient colorée et souriante. Il nous dit alors d'un ton badin qui contraste avec son accent inspiré de tout à l'heure. « Ce matin je m'attendais à une crise de trois heures ; elle n'a duré qu'une heure. J'avais vu *écrit* que je devais souffrir trois heures. Je vois écrites les heures où je dois avoir mes crises. » Nous le faisons s'expliquer sur ces paroles ; il nous dit que dans ses crises de la veille il voit réellement écrites (hallucination) les heures où il aura ses crises le lendemain et le chiffre de leur durée. Nous revenons sur la double image de la Vierge, et il nous certifie de nouveau que lorsque nous pressions latéralement un de ses yeux, il voyait deux images l'une à côté de l'autre, et que lorsque nous cessions de presser son œil, il n'en voyait qu'une. Nous lui demandons s'il voyait la Vierge aussi bien qu'il nous voyait actuellement. Il nous dit : « Je la voyais comme je vous vois, mais pas aussi distinctement. » Nous étions bien aise qu'il nous renseignât à

ce sujet hors l'état de crise quoiqu'elle eût lieu en état conscient, et quoiqu'il ne fût question que de se prononcer sur un fait : voir l'image simple ou double. Il nous répète que depuis cinq jours il n'a plus perdu connaissance dans ses crises.

1er *mai*. — Hier, après la crise de midi que nous venons de décrire, et qui fut moins forte et moins longue que celle des jours précédents, le malade n'a eu qu'une petite crise spasmodique très-légère vers le soir à la vue d'un de ses amis qui était venu le visiter. Les fortes crises annoncées pour ce jour-là n'ont pas eu lieu. On voit par là que tout n'arrive pas toujours comme le prédisent ces malades. Le soir à onze heures dans le cabinet où l'on avait préparé une petite chapelle pour célébrer le mois de Marie, quelques parents et amis étaient rassemblés. Le malade s'agenouille, fait nne prière fervente à la Vierge. L'émotion lui fait éprouver quelques spasmes dans les membres et dans la figure. Il voit encore la Vierge dans une hallucination. Il entend qu'elle lui dit de boire un verre d'eau fraîche, et qu'il sera guéri. Il boit et il s'écrie : « Je suis guéri. » Il se met au lit et il s'endort. Ce matin, son père va pour le réveiller; ce jeune homme que rien ne pouvait faire sortir de son sommeil les jours précédents, se réveille de suite et déjeune. A midi et un quart je le visite pour savoir si la crise quotidienne du matin était venue ; elle avait manqué. Ce jeune homme dit être très-bien. Sa douleur cervicale postérieure a disparu, il se dit guéri, sa langue est cependant toujours blanche, mais un peu moins que ces jours passés. nous raconte la scène d'hier soir, scène capable de frapper l'imagination de bien des gens. Son entourage féminin croit que la guérison est due à un miracle.

Ces prévisions de guérison à temps fixe dans ces maladies nerveuses, ou plutôt ces prédéterminations de guérison, ainsi que les appelle le Dr Bertrand, ont lieu dans d'autres cas sans l'intervention d'idées religieuses. Elles sont dues à

l'influence immense que le moral vivement frappé, que l'idée même, exercent sur le physique, surtout dans les maladies nerveuses de nature hystérique. Ces jours passés, pour favoriser cette influence, nous recommandions aux personnes qui entouraient le malade, de lui persuader que le 1er mai il serait guéri, ainsi qu'il l'avait annoncé. Nous-même, dans l'intérêt du malade, nous cherchions à lui inculquer cette persuasion que nous ne partagions pas absolument. Aujourd'hui 1er mai, il est au quarante-troisième jour de sa maladie.

Dans cette observation, il est intéressant de suivre l'évolution qu'ont subie quelques-uns des phénomènes que la maladie a présentés.

1° Parlons d'abord des *manifestations religieuses*. Elles débutent par être automatiques et inconscientes, ayant lieu pendant le somnambulisme et ne laissant aucune trace au réveil. Ces manifestations se réduisent à très-peu de chose. On parle au malade de ces manifestations, alors qu'il est éveillé. Peu à peu elles s'accentuent d'avantage et prennent la forme d'extases d'abord purement automatiques et inconscientes. On s'occupe beaucoup autour du malade de cette intervention religieuse dans sa maladie; on fait à l'intention du malade des neuvaines dans plusieurs établissements religieux, on brûle des cierges dans l'église de Notre-Dame de la Garde, on fait une petite chapelle en l'honneur de la vierge dans la chambre du malade, celui-ci est au courant de tout. On lui fait boire de l'eau de la Salette. A cette époque, les crises spasmodiques devenant toutes conscientes, les extases le deviennent aussi et elles sont accompagnées d'hallucinations.

2° *La prédiction de la guérison*. Cette prédiction est énoncée une quinzaine de jours avant sa réalisation. Est-elle due à un sentiment intérieur hyperesthésié, ou à une prédétermination, ainsi que le pensait le Dr Bertrand, cas où le moral, ou l'idée même, agirait assez puissamment

sur le physique pour opérer la guérison du système nerveux au moment prédéterminé? Il est difficile de se prononcer sur ce point. Quoi qu'il en soit, on n'a pas manqué d'attribuer cette prédiction, la cessation des crises de notre malade et sa guérison à un miracle. Or, de miracle il n'y en a pas eu. En premier lieu le malade n'était pas complétement guéri, comme nous allons le voir. En second lieu les guérisons prédéterminées ou senties d'avance dans des états nerveux hyperesthésiques, arrivent dans bien d'autres cas sans l'intervention d'idées religieuses, et nous en citerons un certain nombre dans notre ouvrage. L'intervention religieuse, d'origine automatique chez notre malade, a fourni à son entourage une interprétation agréable et facile que l'homme de science doit rejeter. Les phénomènes extatiques avec hallucinations sont ici pathologiques, ils sont du même ordre que les spasmes, que l'anesthésie et que l'hyperesthésie sensorielle. Ces phénomènes extatiques se sont toujours manifestés pendant les crises nerveuses de ce malade, se mêlant aux phénomènes somatiques que nous venons de nommer, et ils ont disparu avec eux. Ces divers phénomènes, nous l'avons vu, variaient à chaque instant dans ces crises, suivant la partie du système nerveux qui devenait le siége du nervosisme. Dans cette maladie protéiforme, tout est instable, on ne trouve quelque régularité que dans les époques de la journée où les crises se manifestent.

La marche qu'a suivie dans son évolution la prévision du retour à la santé est importante à étudier. Dès les premiers jours de sa maladie, le malade, alors que tous ses parents le croyaient fou et gravement atteint, annonçait que sa maladie durerait quelque temps, mais il affirmait aussi qu'il guérirait. Il ne cessait de le répéter, et nous l'entretenions dans sa certitude. Vers le vingtième jour de sa maladie, la prévision devint plus précise, il affirma que sa guérison serait prochaine. Il basait son affirmation sur un sentiment

intérieur seulement. Le jour de Pâques, 16 avril, c'est-à-dire quinze jours avant sa guérison, il annonça que dans huit jours il serait mieux. En effet, son état s'est amélioré du 15 au 22, les crises cessent d'être inconscientes, somnambuliques. Ce fut pendant cette semaine que l'on fit des prières, que l'on commença des neuvaines pour sa guérison. Enfin le dimanche, 23 avril, après l'hallucination qui lui fit voir et entendre la Vierge, il annonça que dimanche prochain il serait guéri. Quand il nous dit, le jour suivant, lundi, qu'il serait guéri dimanche prochain, il ne nous dit point que la Vierge le lui avait annoncé. Ce fut seulement les jours suivants que le malade attribua devant nous sa prévision d'origine instinctive ou prédéterminative à des promesses faites par la Vierge pendant ses hallucinations quotidiennes. De sorte que, pour nous, cette prévision de la guérison à jour fixe a précédé son attribution à une cause surnaturelle Cette prévision eût-elle surgi de son extase, qu'il n'y eût là rien de surnaturel. Le sentiment de la guérison à jour fixe, ou la prédétermination de ce jour, auraient pu aussi bien se manifester la première fois pendant l'hallucination sous la forme d'une promesse de guérison, que plus tard, ainsi. que cela eut lieu pendant les extases des jours suivants.

Les procédés dits magnétiques, qui soulagent certainement les malades atteints d'affections hystériques *chroniques* où domine l'élément douleur, mais sans crises spasmodiques, n'ont procuré que peu de soulagement à notre malade atteint d'hystérie aiguë avec spasmes. Il est donc possible que ce moyen thérapeutique qui a pour base soit l'influence du moral sur le physique, soit l'influence que l'activité nerveuse normale d'une personne en santé exerce sur l'activité nerveuse anomale d'une personne névropathique, ne soit favorable que dans l'hystérie chronique. Quoi qu'il en soit, d'après l'observation que nous venons de citer, il paraîtrait que les spasmes hystériques apaisent l'éréthisme nerveux de même que les convulsions épilepti-

ques, et qu'il n'est pas toujours prudent d'arrêter l'expansion de ces spasmes.

Le malade qui bégayait un peu ces jours passés a aujourd'hui la parole parfaitement nette et assurée.

Le 4 *mai*, nous trouvons M. X... satisfait de son état. Il n'a plus eu de crises. Il attribue sa guérison à la Vierge, mais sans exaltation, et parce qu'il a pris ses hallucinations pour des réalités. Nous n'avons pas cherché à lui démontrer que sa guérison était un phénomène naturel qui, dans d'autres circonstances se produisait également sans que rien donnât lieu à supposer une intervention surnaturelle. Il était important de ne pas affaiblir en lui une confiance qui pouvait consolider sa guérison. Ce qui est essentiel en effet pour le malade, c'est de guérir par n'importe quel moyen; le médecin doit donc éviter tout ce qui peut nuire au rétablissement de la santé.

Le 5 mai, le temps étant lourd, M. X... a des pandiculations, des étirements dans les membres; il grimace beaucoup, ses yeux roulent; il n'a cependant pas de crise.

Le 8. La nuit dernière, après une soirée très-gaie, M. X... a eu une indigestion, il a vomi des aliments et il a eu de la diarrhée. Il a un peu de fièvre et il accuse de la douleur à la région sous-occipitale du cou, sa langue est un peu blanche, mais non saburrale comme elle l'a été constamment pendant sa maladie.

Le 12. Quoique M. X... n'ait plus de crises nerveuses ni d'hallucinations, on ne peut pas dire qu'il soit entièrement bien. Il n'est pas encore tel qu'il était avant sa maladie; il sent de la fatigue générale et de la lourdeur de tête, hier surtout alors que le vent d'est soufflait, il était souffrant et très-agacé, il grimaçait beaucoup. Ce vent impressionne vivement à Marseille les personnes qui souffrent de maux de nerfs. Ce matin, son sommeil était très-lourd, son père a eu beaucoup de peine à le réveiller, et à son réveil il a eu quelques spasmes dans les membres supérieurs et à la

figure. Il accuse de la pesanteur de tête, de la douleur à la région sous-occipitale du cou, qui a toujours été si sensible chez lui pendant sa maladie. Il n'a pas d'appétit, sa langue n'est plus épaisse, mais elle reste blanche. Tous ces phénomènes indiquent que malgré la disparition des crises le malade n'est pas encore entièrement guéri. Il ne faut donc pas prendre la disparition des phénomènes extra nerveux pour une guérison, celle-ci ne vient que graduellement. Tout se passe dans les maladies nerveuses comme dans les maladies des autres organes, et l'on doit rapporter au sentiment du merveilleux ou à l'ignorance l'instantanéité que l'on attribue parfois à la guérison de ces maladies.

Le 19. M. X... est toujours très-apathique, porté à l'inaction : il a par moment de légers spasmes dans les différentes parties du corps; il s'étire, il grimace; cependant il n'a pas eu de crise caractérisée. Après son repas de midi, il dort presque toujours sur un fauteuil. Hier et avant hier pendant qu'il dormait, il a eu un petit accès de somnambulisme. Ayant les yeux fermés, il a commencé par gesticuler, puis il s'est levé, il s'est promené dans les appartements, il a fait une cigarette et l'a fumée. Peu après il s'est réveillé sans avoir la conscience de ce qu'il venait de faire. Sa langue est toujours un peu blanche, il a la tête pesante, il n'a pas d'appétit. Peut-être cela vient-il de ce qu'il dort dans la journée. Nous lui recommandons de se lever de bonne heure, de faire une promenade le matin, de lutter contre le sommeil de l'après-dîner pour éviter de tomber en somnambulisme ; mais ces ordonnances ne sont pas suivies.

Le 21. Nous rencontrons M. X... à la promenade. Il nous dit que, bien qu'il ait encore des spasmes dans les membres, qu'il ressente de la lourdeur à la tête et un peu de douleur à la région sous-occipitale du cou, il se sent mieux, et que son appétit est meilleur. Il est toujours très-apathique, il continue à dormir après son dîner et à avoir alors de pe-

tits accès de somnambulisme, d'après ce qu'on lui a rapporté, car lui-même ne s'en aperçoit pas.

Le 26. hier, le vent étant à l'est, M. X... s'est senti très-lourd. Après son dîner il a été irrésistiblement porté à dormir. Durant son sommeil il est resté pendant deux heures en somnambulisme, marchant dans les chambres. Revenu à lui il ne voulait pas croire qu'il eût fait ce qu'on lui racontait. Aujourd'hui il est mieux, mais il se sent toujours très-faible et apathique. Il a meilleur appétit, sa langue a presque cessé d'être blanche. Nous lui ordonnons un traitement hydrothérapique.

29. Même état. Le malade a eu hier après son dîner un accès de somnambulisme qui a duré cinq heures, pendant lequel il s'est promené dehors accompagné de son père. Presque toujours il avait les yeux fermés; cependant par moment ses yeux s'ouvraient, son regard était fixe et, en passant rapidement la main devant sa figure, ses paupières restaient immobiles.

La nuit son sommeil redevient somnambulique et le matin il s'éveille en somnambulisme. Ce matin seulement il a commencé l'hydrothérapie. Il est toujours très-apathique et il se sent très-lourd. Après son dîner il ne peut résister au sommeil. Il s'endort d'un sommeil somnambulique pendant lequel il a des secousses et des spasmes dans les membres. Nous lui supprimons le vin à ses repas, il sera remplacé par le café mélangé d'eau. Nous lui ordonnons de se promener de suite après son repas de midi et de retourner à son magasin pour se distraire, pour s'occuper et vaincre son apathie. Avec la légère aggravation de son état, sa langue est devenue plus blanche. Il se plaint de douleurs dans la tête, le long de l'épine dorsale et surtout à la région lombaire. Sa parole est moins nette et plus faible que ces jours passés.

2 *juin*. Nous visitons le malade à 8 heures du matin. Son père nous dit qu'il dort et que rien ne peut l'éveiller.

Après quelques instants nous allons dans sa chambre. Nous le trouvons en samnambulisme actif. Il s'habille, il fait sa toilette complète. Il a les yeux fermés. Nous nous plaçons devant lui sur son passage, il nous contourne sans nous toucher, absolument comme le ferait une personne éveillée. Il met son chapeau, va dans la salle à manger prendre sa canne et se dispose à sortir. Nous le retenons. Nous essayons de l'éveiller en lui tenant les mains, nous ne réussissons pas. On prie Marthe de venir. Elle lui prend les mains et lui dit se s'éveiller, et il s'éveille, tout ahuri de se trouver habillé. Il y a deux jours, étant dans son magasin, le feu prend à de la benzine. On le fit sortir immédiatement, mais il n'en éprouva pas moins une vive impression. Depuis il a d'assez fortes secousses pendant ses accès de somnambulisme qui succèdent au sommeil somnambulique dans lequel il se trouve toutes les nuits. On l'a empêché de dormir après son dîner. Il a la langue un peu blanche. Sa douleur du cou a disparu, mais il en éprouve une semblable à la partie inférieure du rachis. Il continue l'hydrothérapie. Il dit qu'elle lui donne de la force. Avant de l'éveiller, Marthe qui avait perdu une clef lui demande où elle l'a perdue et qui l'a retrouvée. Il répond résolûment que la clef a été perdue dans l'escalier et qu'elle a été retrouvée par une personne qui habite le 4^{e} étage. On va aux renseignements; il en résulte que les réponses sont erronées. On voit par là le peu de cas qu'il faut faire des prétendues divinations des personnes somnambules, auxquelles le public, sous l'influence du sentiment du merveilleux, attribue un pouvoir qu'elles n'ont point.

7. Même état. Le malade a deux ou trois accès de somnambulisme par jour. Son sommeil est toujours somnambulique pendant la nuit; rien alors ne peut le réveiller. Crispations, étirements, douleurs musculaires et sentiment de fatigue dans les membres inférieurs. Depuis que le malade reçoit les douches d'eau froide, ses allures sont moins lentes,

elles sont mêmes plus vives que ce qu'elles étaient avant sa maladie. Si ce n'était cette disposition toujours la même à tomber en somnambulisme l'état du malade serait bon.

14. Même état, même tendance à tomber en somnambulisme. Pendant l'accès il s'habille, prend ses repas et reproduit les actes qu'il a accomplis dans les vingt-quatre heures, tels, par exemple, ceux qui consistent à servir les pratiques qui viennent à son magasin de droguerie, auquel il se rend tous les jours. Il a souvent des crispations dans les membres supérieurs et à la figure. Il est très-impressionné par les moindres contrariétés. Il accuse une douleur à la partie supérieure de la tête ; clou hystérique léger. Nous lui ordonnons de reprendre le bromure de potassium et d'aller aux bains de mer, ce qui l'obligera à faire de l'exercice.

19. Même disposition à tomber en somnambulisme et à avoir des crispations dans les membres inférieurs. Sauf cela, le jeune homme est bien. Sa langue est encore très-légèrement blanche. Il n'a plus de douleur rachidienne ; il éprouve encore une légère douleur à la partie supérieure de la tête.

7 *juillet*. Même disposition à s'endormir après son dîner et à tomber en somnambulisme. Sa langue est parfaitement nette. Il est toujours sujet à des crispations, à des étirements dans les membres. Il ne peut pas rester longtemps en place, il faut qu'il remue. Les moindres contrariétés l'agacent. Bains de mer courts et douches froides. Bromure de potassium 4 grammes par jour.

26. Depuis notre dernière visite, il a présenté plusieurs fois le phénomène suivant : tout en reconnaissant certaines personnes pour ce qu'elles sont, il leur donnait un autre nom que le leur, et il soutenait énergiquement comme vraie sa dénomination erronée. Ce phénomène que l'on doit rattacher à une amnésie était de courte durée. Son état est à peu près le même. Il y a toujours chez lui une tendance à tomber en somnambulisme, son sommeil

est toujours somnambulique. Il lui arrive presque tous les jours, et même plusieurs fois par jour, au moment où il cause, où il lit, où il mange, etc., de tomber subitement en somnambulisme. Son regard devient fixe, immobile, les yeux sont grandement ouverts; par moment il clôt les paupières, puis il les ouvre, le regard conservant le même caractère. Cela dure de cinq à dix minutes, puis il s'étire les membres, son visage se crispe, et la crise est terminée. Alors il continue la conversation, la phrase, la lecture, l'acte qu'il accomplissait, comme s'il ne s'était pas passé un intervalle de temps. Cet espace de temps est pour lui comme s'il n'avait pas existé. Il joint si bien bout à bout les deux temps séparés par le somnambulisme, qu'il ne se doute pas d'être resté quelque temps dans cet état. Un soir, pendant une conversation il tombe en somnambulisme, on le fait coucher, il s'aide à se déshabiller. Le lendemain, à son réveil, il continue la phrase pendant laquelle il était tombé en crise.

Il se plaint toujours d'une légère douleur et de la pesanteur à la partie supérieure de la tête. Il a aussi parfois de légères douleurs à la partie postérieure et supérieure du cou. Sa langue est redevenue un peu blanche; il n'a pas beaucoup d'appétit. Les moindres contrariétés l'irritent et augmentent ses crises. Les distractions les éloignent. En prenant un bain de mer, il reçoit de l'eau sur la tête. La sensation de l'eau tombant sur sa tête reste persistante, et sous l'influence de cette sensation il affirme qu'il pleut, bien que le temps soit pur et sans nuage. Voilà presque une idée délirante qui avait pour cause une altération de la sensibilité générale. Elle dura quelques minutes et disparut avec la fausse sensation. Nous avons dit : presque une idée délirante, parce que, pour qu'il y ait un délire réel, lequel persiste toujours pendant un certain temps, il faut, comme base première, une passion; puis, sur cette base morale, instinctive, s'il existe des altérations sensorielles, ce sont

presque toujours elles qui fournissent l'objet du délire. Et il est bien rare qu'il n'y ait pas chez le fou malade dans ses organes nerveux de la sensibilité, des altérations concomitantes de l'affection cérébrale qui produit en lui la passion qui le domine. Ce malade est mis à l'usage du bromure de sodium, un gramme par jour en deux fois, à augmenter de 50 centigr. tous les deux jours.

20 *août*. Il y a amélioration. Il a à peu près tous les jours, le matin surtout, un, deux ou trois petits accès de somnambulisme qui durent de une à cinq minutes. Ces accès ressemblent à ce qu'on appelle le vertige épileptique. Il part pour parcourir pendant un mois le Dauphiné et la Savoie. Il ne prendra que 50 centigr. par jour de bromure de sodium.

4 *octobre*. M. X... est de retour de son voyage. Depuis son départ il n'a eu qu'une seule fois une absence somnambulique qui a duré une demi-minute. Il était alors à table. Pendant son voyage il a fait de longues excursions à pied. Son appétit, qui était très-faible, a repris toute sa force. Nous le trouvons frais et engraissé. La seule chose qu'il a encore, à ce que m'a dit son père, car lui-même l'ignore, c'est que, si on le réveille le matin, on a un peu de peine à y parvenir, et son réveil est précédé de légères crispations dans la figure. Il en est de même s'il éprouve des contrariétés. Il reste toujours très-impressionnable moralement. Ce mois de promenades et de distractions lui a été très-favorable, car M. X... peut être considéré comme guéri, puisque les seules anomalies qu'il présente sont : de la difficulté à être éveillé par quelqu'un, quelques légères crispations dans la figure lorsqu'on l'éveille, et une certaine impressionnabilité morale.

1er *novembre*. Le malade peut maintenant être éveillé avec facilité. Son allure est plus vive. Sa langue est très-nette. Il ne ressent de sa maladie qu'un peu d'impressionnabilité morale ; il est facilement contrarié. On peut le considérer comme complétement guéri.

Il ne faut pas croire que des cas semblables avec des phénomènes aussi curieux soient d'une rareté extrême. Seulement ces cas n'étant pas suivis et étudiés comme celui-ci l'a été, ils passent inaperçus ; et celui-ci l'eût été certainement si par hasard ce malade ne nous eût été adressé par un de ses amis qui savait que nous nous occupions en ce moment de maladies nerveuses. Pendant que nous soignions M. X... nous savons que dans notre ville une jeune fille de dix-huit ans présentait des phénomènes à peu près semblables; mais nous n'avons pas pu étudier ce cas qui sera perdu pour la science.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

COMME CAUSE PRÉDISPOSANTE PATHOLOGIQUE DES FRACTURES.

D'après une observation de fracture complexe de l'humérus recueillie par M. Biaute (1).

La communication récente de M. Le Dentu à la Société de chirurgie sur une variété rare de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, un article de la *Gazette des hôpitaux* sur les fractures appelées pathologiques, par M. le professeur Broca, nous engagent à donner l'observation suivante relatant un cas ordinaire de fracture du corps de l'humérus, mais plus développée qu'elle n'aurait dû être, et compliquée de fractures diverses et incomplètes dont les causes doivent se retrouver dans la nature de l'os lui-même.

Le 1er février 1876, un malade de l'asile faisait une chute, se fracturait le corps de l'humérus et nous avions des présomptions pour trouver plus tard, outre les traces de la fracture sensible, certaine, la variété intéressant l'extrémité supérieure, ce qui nous aurait mis en présence d'une fracture comminutive. L'autopsie a pu être faite de bonne heure, c'est-à-dire à un moment où la pièce anatomique devait encore présenter tous les caractères du premier jour, car, bien que la paralysie générale fût avancée, on était loin

(1) Service de M. le Dr Henry Bonnet, Médecin-Directeur de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne).

de s'attendre à une mort prochaine. Nous n'avons pas rencontré le vrai cas de M. Le Dentu, mais un cas assez intéressant à plusieurs points de vue pour que nous ayons cru devoir ne pas le laisser passer inaperçu et appeler une sérieuse attention sur un côté pathologique qui, toutes conditions de mécanisme à part, doit reposer sur des éléments de physiologie générale qui attiennent aux conséquences des dégénérescences vaso-motrices.

Et disons-le dès le début, nous appellerons notre fracture complexe, parce que nous y trouverons double effet, l'effet correspondant à la cause, effet exagéré cependant, ainsi qu'il nous sera facile de le démontrer, et un effet indépendant de la cause directe, et c'est ce dernier qui contiendra la caractéristique pathologique.

R...(René), cinquante ans, marié, laboureur. — Paralysie générale diagnostiquée à l'extérieur en octobre 1875, avec troubles rémittents de l'intelligence. — Vie antérieure régulière, antécédents héréditaires inconnus. L'état mental s'aggrave de plus en plus et nécessite un placement officiel. R..., entre à l'asile le 30 janvier 1876.

Les mouvements des membres sont d'une incoordination excessive, à tel point qu'il fait aux personnes de la ville, quand il est conduit par la gendarmerie, l'effet d'un homme ivre. La face (teinte huilo-terreuse) et la parole ont le cachet caractéristique ; il est tatillonneur, gâteux et en pleine démence, quoiqu'il reste des traces d'ancien délire, qui aura été un délire ambitieux. Dès le lendemain de l'agitation se déclare, et le fait est bien plus rare chez les déments paralytiques que chez les déments ordinaires.

Le 1^er^ *février*, à 4 heures du soir, et par suite de la difficulté de la marche, et par suite de son agitation, R.., tombe dans la cour du quartier ; un gardien le relève et il est ramené dans la salle commune. Ce n'est qu'au moment de la contre-visite, vers 5 heures 1/4, que le sous-surveillant nous dit que l'aliéné semble souffrir d'un bras

et qu'il était tombé sur son épaule une heure auparavant. R... prend son repas et ne manifeste pas de douleur ; mais l'épaule droite est plus basse que celle de l'autre côté et le bras pendant ; il mange de la main gauche. Il se lève, vient à nous. D'après cet état il était difficile de s'attendre à une lésion aussi grave que celle que l'examen direct fera diagnostiquer et que l'autopsie nous montrera dans toute sa grandeur. Au moment où l'exploration commence pour déterminer la nature et le siége de la lésion, un gardien soutenant le membre, R... fait un mouvement et on entend aussitôt un craquement prolongé ; le bras retombe, la douleur est vive et l'aliéné fait des menaces. Il est alors amené à l'infirmerie, où on le prépare, non sans peine, à la visite du directeur-médecin.

Le chef de service, M. le docteur Bonnet, constate à son arrivée une déformation du membre avec saillie au milieu du bras, dont la partie supérieure a un volume plus grand. La main éprouve, par les mouvements du sujet récalcitrant en raison de la douleur qu'il ressent, une crépitation prolongée et brisée, analogue au craquement que l'oreille percevait, ainsi qu'il est dit plus haut. Un fragment, le supérieur, est dirigé en avant et en dehors et son extrémité inférieure en pointe est au milieu du corps de l'humérus ; le fragment inférieur est difficilement trouvé pour être approximativement mesuré et déterminé dans sa forme, mais bien haut, sous le deltoïde, on a du ballottement ; il va donc jusqu'à ce point.

La tête de l'humérus occupe sa position normale.

Un examen plus long est impraticable pour le moment et il suffit de savoir que l'on est en présence d'une fracture oblique très-allongée allant de la partie moyenne du corps bien près de l'extrémité supérieure, de bas en haut et d'avant en arrière.

La réduction opérée, les fragments d'abord retenus au moyen d'une bande appliquée directement, quatre attelles

avec coussinets sont ensuite placées et maintenues au moyen d'un bandage roulé, et par-dessus il en est appliqué un second, dextriné : la pratique des aliénés exige cette précaution. Enfin le bras est placé en écharpe.

Potion de chloral, 8 grammes, en deux fois, sommeil pendant toute la durée de la nuit. Mais le lendemain le réveil ne s'opère pas, et alors qu'il ne doit plus être sous l'influence du chloral, R... est immobile, congestionné, le regard fixe, les pupilles dilatées. Dans la soirée l'épaule augmente beaucoup de volume et prend une forme de plus en plus globuleuse.

3. Même état ; une ecchymose apparaît. Durant ces deux derniers jours aucun genre d'aliments n'a pu être pris.

4. Un peu de réveil ; l'ecchymose augmente.

5. Malgré la contention que donne l'appareil, on sent encore de la crépitation, et en raison de ce fait, du volume de l'épaule et de l'ecchymose, il vient à l'idée que la fracture, quoique très-grave, pourrait bien n'être pas simple et que l'extrémité supérieure pourrait aussi avoir sa part dans les désordres sensibles du corps. Mais R... touche à sa fin ; quoique sorti du coma ; il est évident que la congestion cérébrale survenue après l'accident a eu raison du reste de vitalité du sujet. — 6, décès.

Autopsie. — L'appareil est enlevé et le membre reprend la déformation première. L'épaule droite a un volume de beaucoup supérieur à celui de la gauche et une vaste ecchymose la recouvre jusqu'au delà des insertions supérieures du deltoïde et en bas elle prend la forme de ce muscle, c'est-à-dire celle d'un V ; quelques points ecchymotiques se remarquent encore sur la moitié inférieure du bras, en dedans et en dehors et sur la partie supérieure de l'avant-bras au niveau de l'insertion des muscles épitrochléens et de celle du biceps.

Le tissu cellulaire sous-cutané, sur toute la longueur du bras, à l'épaule et à la région sus-claviculaire, renferme un

coagulum sanguin épais en certains points, surtout en ceux où l'on remarquait l'ecchymose par-dessus les téguments; dans les cloisons intermusculaires se retrouve le même épanchement.

Le muscle deltoïde, large, épais, bien développé, incisé à sa partie moyenne et rejeté en haut et en bas, laisse voir le siége complet de la fracture; de plus on aperçoit une fracture intéressant le col chirurgical et partant de l'angle supérieur de la première; le biceps et les muscles à insertions à la coulisse bicipitale empêchent de voir l'étendue de celle du col; mais la tête humérale suivant les mouvements imprimés au fragment supérieur fait voir qu'elle n'est pas complète.

La substance médullaire, aperçue et observée par l'écartement très-sensible des fragments, n'est qu'une bouillie sanguinolente.

Avec le bras, l'omoplate et la clavicule sont enlevées; ces deux os n'ont présenté aucune trace de fracture ou de fissure.

La fracture offre les particularités suivantes, d'après la pièce complétement préparée :

Elle est compliquée sans être comminutive, mais plutôt complexe, ainsi que nous l'avons dénommée au début, car du point où arrive le bec du fragment inférieur, à un centimètre et demi au-dessous du col chirurgical, sur la portion mousse du bord externe de l'os, s'irradient deux fissures; en outre on en trouve une qui n'a point de rapports avec la fracture principale. Celle-ci est oblique, en bec de plume de bas en haut et d'avant en arrière, et elle représente deux V, l'un renversé sur l'autre, sans cependant être losangique, le bord externe formant une ligne droite. La pointe du fragment supérieur commence un peu au-dessous de la moitié du corps sur la face externe; son bord interne passe sur le bord antérieur de l'os, gagne en montant sa face interne, contourne le bord interne et vient par la face postérieure à la partie supérieure du bord externe au point d'irradia-

tion dont il est question au commencement de la description ; et en ce même point vient aboutir le bord externe du fragment, sensiblement rectiligne et qui de la face externe remonte vers le bord externe de l'os pour former l'espace angulaire dans lequel est reçue la pointe du fragment inférieur dont il est facile de se représenter la forme d'après la description du supérieur.

De l'angle supérieur partent deux fissures, une se dirigeant en haut et en avant vers le col chirurgical dont elle suit la direction jusqu'en dessous de la petite tubérosité, et ses deux lèvres sont assez écartées ; l'autre se dirigeant en haut et en arrière et venant ensuite vers la face interne de l'os pour suivre une direction parallèle au bord interne du fragment supérieur ; elle ne présente pas d'écartement. Une autre, sans être reliée aux précédentes, part du col anatomique entre la petite tubérosité et la dernière fissure, pour se diriger en bas vers le bord et la face internes de l'os.

Ces fissures occupent donc la base de l'extrémité supérieure, la contournent et c'est là précisément qu'aurait pu se produire le cas de M. Le Dentu, si ces fissures avaient été un effet direct de la cause.

La cause est connue : chute sur le coté droit ou l'épaule et de la hauteur du corps seulement. On n'a donc pas quelque chose de violent comme une chute d'un lieu élevé et pas d'autre force extérieure que le poids du corps. Et nous voulons arriver à cette conclusion que si le sujet n'eût pas été paralysé général, nous n'aurions pas eu les lésions de l'humérus aussi graves que celles relatées. La fracture oblique n'aurait pas été aussi allongée, car elle occupe toute la moitié supérieure du corps ; les fissures bien certainement ne se seraient pas produites et celles-ci ne peuvent être attribuées qu'à la dénutrition primitive de l'os qui a éclaté de différentes parts en cédant à un mécanisme peu violent. Nous dirions même, sans pouvoir être taxés d'exagération, qu'aucune fracture n'aurait été la conséquence de la chute ;

mais alors il faudrait aussi tenir compte de la façon de tomber, de l'inertie totale de l'individu. Quelques jours auparavant un autre paralysé général faisait un faux pas et ne pouvait se relever après sa chute : il avait une fracture transversale du tibia gauche, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, et rien au péroné; le contraire a généralement lieu cependant dans ce genre de traumatisme.

Donc chez ces malades, anomalies nombreuses que l'on peut néanmoins expliquer.

Chez les paralysés généraux, en effet, « toutes les altéra» tions du grand sympathique entraînent des troubles de » nutrition dans la plupart des organes, troubles qui abou» tissent à la dégénérescence graisseuse ou à d'autres modi» fications de leurs éléments. » (*Recherches sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale*, par les Drs Henry Bonnet et Poincaré, 1876, Georges Masson).

Les os ne sont pas exempts de ces troubles généraux. Nous avons examiné plusieurs os du sujet; au microscope on constate dans les substances médullaire, spongieuse et compacte une altération se traduisant par une prolifération de tissu adipeux et des gouttelettes du même genre suintant de toutes parts. Le tissu compacte en certains points est aminci outre mesure et comparé avec celui des mêmes os d'un autre sujet, il présente des différences considérables. Enfin dans toutes leurs parties constituantes, les os ont l'aspect de ceux qui sont atteints d'ostéite, mais sans augmentation de vascularité. Cependant le travail morbide n'est pas de même nature, et dans ce cas il n'y a ni inflammation, ni suppuration, mais simplement travail lent de destruction sans pouvoir réparateur et « formation d'éléments » nécrobiotiques, dénutrition progressive se reliant inti» mement aux troubles centraux des vaso-moteurs; la dés» assimilation l'emporte. » (Drs Henry Bonnet et Poincaré, *même ouvrage*).

Et ce sont ces mêmes causes désassimilatrices de l'organisme qui, dans toute complication qui serait survenue, auraient fait reculer devant une opération sanglante. On ne doit point toucher à un paralysé général, il ne faut pas donner le coup de fouet à la maladie. Mais de même que nous parlions d'anomalies dans la production des cas pathologiques, de même nous devons en citer pour la guérison. La fracture du tibia a été consolidée après deux mois de traitement. Le malade qui a présenté celle-ci était arrivé à l'asile, il y a quatre ans, avec une fracture compliquée des deux os de la jambe droite : les fragments avaient fait saillie au dehors, étaient contenus difficilement et il existait plusieurs trajets fistuleux. L'amputation était décidée quand le désordre mental força la famille à le faire entrer à l'asile. M. le Dr H. Bonnet, se trouvant en présence de deux issues fatales, la paralysie générale et le sujet à amputer dans des conditions détestables, s'en remit à la nature, sans espérer beaucoup, du soin de guérir son malade. Les indications générales que réclamaient l'état et le membre du sujet, ne furent pas oubliées cependant. Elle se montra assez bonne mère dans ce cas ; toutes les complications disparurent à la longue, les deux os se consolidèrent et sept mois après il marchait seul.

Les résultats favorables doivent être regardés comme une exception.

En nous résumant nous sommes en droit de dire que la fracture de l'humérus n'aurait pas offert les particularités que présente la pièce anatomique, si R... n'eût pas été paralysé général, et que la paralysie générale, maladie essentiellement désorganisatrice des propriétés morales et physiques, attaque tous les tissus de l'économie, en substituant à leurs éléments propres d'autres éléments hétérogènes, d'où, pour les os, prédisposition aux fractures anomales sans les causes suffisantes qui seraient seules capables de les produire chez les invidus ordinaires.

L'IMAGINATION

DANS LA FOLIE

ÉTUDE SUR LES DESSINS, PLANS, DESCRIPTIONS ET COSTUMES DES ALIÉNÉS

Par le Dr P. MAX SIMON
Médecin adjoint de l'asile de Blois

Presque tous les médecins qui ont écrit sur l'aliénation mentale ont parlé dans leurs ouvrages des compositions littéraires des aliénés. Les noms de Brierre de Boismont, de Morel, de Trélat se présentent ici naturellement sous la plume. Ces écrivains ont cité de nombreux fragments de ces compositions bizarres ; les vers, comme la prose, ont été mis à contribution, et le caractère de ces productions, très-ordinairement en un étroit rapport avec les différents genres d'affections dont leurs auteurs étaient atteints, a été apprécié avec beaucoup de sagacité par ces esprits judicieux. D'un autre côté, Marcé, de mémoire regrettée, a consacré à l'étude de l'écriture des aliénés un travail plein de faits instructifs, revêtu de la forme élégante que savait donner à tout ce qu'il publiait cet esprit délicat. Mais, il est un sujet, connexe aux deux genres de recherches que je viens de mentionner, et demeuré presque vierge de toute investigation scientifique : je veux parler des conceptions délirantes artistiques des aliénés. Je dois noter cependant que, dans un traité médico-légal sur la folie, publié récemment, un médecin distingué, M. Tardieu, a touché incidemment à

cette question. « Bien que l'attention, dit M. Tardieu, n'ait été fixée jusqu'ici que sur les écrits des aliénés, je ne crains pas de dire que l'on rencontrera souvent un intérêt réel à examiner les dessins et les peintures faites par des fous. Que l'on combine par la pensée, que l'on imagine par la fantaisie, les choses les plus impossibles, les images les plus bizarres, on n'arrivera jamais à l'espèce de délire qui se peint sur la toile sous la main d'un aliéné, à ces créations qui tiennent du cauchemar et donnent le vertige. » Ce que dit là M. Tardieu est vrai pour quelques genres de dessins, mais non pour tous. Quoi qu'il en soit à cet égard, lorsque le professeur de médecine légale de la faculté de Paris écrivait ces lignes, j'avais déjà réuni une partie des éléments de ce travail, dont j'ai pendant assez longtemps ajourné la publication. Désireux de ne pas poser des conclusions hasardées, j'ai voulu m'assurer, en contrôlant mes observations, antérieurement recueillies, par les documents que me fournit chaque jour un large service hospilalier, que mon interprétation des faits était légitime.

Dans l'ouvrage de M. Tardieu dont je viens de parler, cet auteur avance avec raison qu'un aliéné ne dessine généralement pas comme un homme sain d'esprit ; là s'est arrêté le savant professeur. J'espère montrer dans ce mémoire qu'il est possible d'aller plus loin et que l'examen d'un dessin peut souvent faire connaître s'il vient d'un lypémaniaque, d'un dément, etc. Mais je ne me bornerai pas à examiner les compositions graphiques des aliénés. J'étudierai encore les conceptions artistiques des fous non réalisées par le dessin chaque fois que ces conceptions nettement décrites par l'aliéné pourront présenter quelque intérêt, et, si je puis me servir de cette expression, un relief suffisant. Enfin les travestissements habituels à certains aliénés, se rattachant par un lien qu'il est facile de saisir à la question qui nous occupe, ne seront pas passés sous silence.

I.

Il est facile de comprendre que les délires lypémaniaques généraux et aigus ne nous fourniront aucun sujet d'observation. Dans la lypémanie stupide, dans la dépression considérable de la lypémanie générale sans stupidité, dans la lypémanie anxieuse, les malades ne songent guère ordinairement ni à dessiner ni à peindre. C'est dans les affections passées à l'état chronique, c'est dans les délires partiels, dans les délires à idées de persécution, principalement, que nous rencontrons la moisson la plus abondante et cela, soit que les idées de persécution existent seules, soit qu'avec le délire de persécution on trouve des idées de grandeur. Dans cette dernière circonstance, les conceptions artistiques des aliénés pourront revêtir une double forme, mais ordinairement une forme prédominera d'une façon toute spéciale. En tout cas, nous ne nous occuperons ici que des productions de l'imagination suscitées par le délire dépressif, renvoyant à un autre chapitre la description des conceptions imaginatives naissant chez les mégalomaniaques du délire ambitieux.

Les productions artistiques des persécutés présentent un caractère tout spécial et bien en rapport avec les idées ordinaires de l'aliéné. Ce sont généralement de véritables tableaux, de petites compositions d'une valeur douteuse assurément au point de vue du dessin, mais très-intéressant pour le médecin et le psychologue. Dans ces compositions graphiques, les malades peignent leurs infortunes, les tortures qu'ils croient avoir endurées, les persécutions dont ils s'imaginent avoir été l'objet. Parfois encore, ce sont des emblèmes qu'ils représentent : le lion comme signe de la force, les balances de la justice, des symboles de délivrance, etc., tout cela, comme je l'ai déjà dit, formant des scènes variées et qui, mise à part l'ordinaire inhabileté

de l'artiste, présente parfois un réel intérêt dramatique. Les observations suivantes permettront au lecteur d'apprécier ce caractère particulier des dessins des lypémaniaques.

Observation I. — D... est un enfant naturel. Longtemps avant son entrée à l'Asile il était en proie à des idées de persécution. Des hallucinations venaient encore ajouter à l'intensité de son délire. Un jour que le curé de son village, causant avec un de ses amis, passait près de D... celui-ci s'imagine qu'il est le sujet de la conversation et que l'on dit du mal de lui. Pénétré de cette idée, D... frappe le pauvre prêtre, lui casse le bras et, à la suite de cet acte de violence, est interné à l'asile de Blois. Aujourd'hui, les idées de persécution forment toujours le fond du délire de ce malade et il est joujours halluciné. Il entend des voix qui lui disent des injures ; on l'a enfermé injustement ; il réclame constamment l'action de la justice, déclarant que les Français sont des lâches et qu'aucun d'eux n'oserait entrer en discussion avec lui, etc. Tout entier à ces fausses conceptions, D... adresse de nombreux mémoires au procureur de la République, au préfet, etc. Mais là ne se bornent pas les manifestations de son délire, il dessine toutes sortes de tableaux représentant un tribunal devant lequel comparait un accusé, qui n'est autre que D... lui-même. Il compose un paysage entouré de rochers, où l'on voit un lion blessé ; des oiseaux, des animaux bizarres entourent la composition que surmontent les balances de la justice ; Dupont est encore au milieu du tableau. Des dessins de ce genre nous sont fréquemment remis par D... qui en fait aussi parvenir aux autorités du département.

Observation II. — Mme D... est en proie à un délire de persécution des mieux accentué. Elle s'imagine qu'on l'a enfermée par envie et pour faire réussir je ne sais quel complot monstrueux. Tout son malheur vient de ce qu'elle n'a pu accomplir certaines formalités dans un acte important de son existence. Elle demande journellement à se

faire recevoir de la Société des Francs-Maçons, etc. Nombreuses hallucinations et illusions : Mme D... entend son mari, sa fille, des inconnus qui viennent lui parler derrière les murs ; elle s'imagine que sa rate a quitté son corps, qu'elle n'a plus d'estomac, etc. Cette malade compose assez volontiers des dessins dont les sujets sont ordinairement emblématiques : une arche avec une colombe apportant une lettre dans son bec, un enfant Jésus fort mal dessiné, il est vrai, mais de figure profondément mélancolique, les mains liées, et portant un agneau sur ses épaules.

Observation III. — M... est atteint de délire partiel caractérisé par des idées de persécution et quelques conceptions ambitieuses et mystiques. Hallucinations de l'ouïe. Ce malade écrit continuellement. Toutes les bribes de papiers qu'il peut se procurer sont aussitôt couvertes de ses élucubrations bizarres, mélange de récriminations, de prières et d'imaginations mystiques. Ces écrits étranges sont parsemés de croix, de triangles, de signes de toutes sortes, auxquels M... attache une signification spéciale et toute symbolique.

Observation IV. — V... a des idées de persécution et de grandeur et des préoccupations amoureuses. Nombreuses hallucinations. Très-intelligente, elle écrit continuellement, et ses nombreux mémoires sont fréquemment illustrés de vignettes assez bien réussies. V..., en effet, sait dessiner et, lorsqu'elle le veut, elle exécute avec correction ce qu'elle a conçu. Nous allons décrire quelques-uns de ses dessins, en les accompagnant du texte dont les entourait la malade.

Au-dessous d'une image de la Vierge, placée dans une touffe de fleurs, et près de laquelle une sœur prie, un chapelet à la main, nous trouvons les lignes suivantes :

La Sainte-Vierge était parée pour le mois de Marie. Elle avait un bouquet de lilas si blanc que je n'en ai jamais vu de si beau et je ne l'ai pas vu sans penser à ***. Les souvenirs de ma première communion m'occupaient beau-

coup et je me suis trouvée tout à coup enveloppée par des rayons de soleil. J'étais assise sur un banc. C'était bien comme la barque échouée dont M. L..., nous a parlé le lendemain de la première communion. Il nous a dit que, lorsque nous entrons dans la vie, la barque nous attendait. La mienne a été brisée par l'orage. La tempête a été trop forte ; il a fallu tout jeter à la mer, l'espérance même...

Autre dessin : un nid sous une touffe de feuillage très-agréablement composée. Voici la légende :

Un petit nid qu'on avait trouvé dans le bois m'a bien occupée. C'était au printemps. La guerre était finie; je n'avais plus peur qu'on tuât celui qui me fait tant souffrir. J'ai gardé le petit nid; je l'ai mis dans un rosier de roses rouges, le rosier de Fleur-de-Marie. On me l'a volé, puisqu'on me vole tout. Pendant mes visions je voyais le petit nid, il était rempli de petits œufs rouges; c'étaient des boutons de rose. Il s'agissait de sauver ce nid.....

Plus loin je trouve, dessinés avec beaucoup de finesse des myosotis et des pensées, le portrait du petit mousse Anthony, celui d'un prétendu écuyer du cirque nommé Bonaventure. Ce dernier portrait porte la suscription suivante : Quel plaisir de souffrir pour un aussi bel artiste.

Je pourrais m'arrêter ici, ayant fait voir suffisamment, je pense, le caractère symbolique que présentent ordinairement les dessins des aliénés offrant dans leur délire des idées de persécution. Mais il me semble qu'on pourra trouver quelque intérêt à examiner les conceptions imaginatives des fous persécutés non réalisées par le dessin. Ce sujet, exploré dans toute son étendue, pourrait, à la rigueur, offrir la matière d'un article spécial. Mon intention n'est pas de l'étudier aussi longuement ici. Je me bornerai à dire que les conceptions dont je m'occupe en ce moment ont, en général, un caractère différent de celles qui sont réalisées par le dessin : elles sont surtout singulières, bizarres, étranges, d'une étrangeté qui peut aller parfois

à l'horrible. L'exemple suivant emprunté aux interminables descriptions d'une malade atteinte d'idées de persécution et de délire ambitieux justifiera ce que je viens d'avancer.

M^lle^ M... décrit ainsi les êtres singuliers qui, suivant elle, habitent la ville de Emme, pays absolument imaginaire : Les hommes de Emme sont tout différents de ce que sont les hommes que l'on rencontre habituellement, ainsi qu'il résulte des prophéties déposées à la *gemna princière*. Ils sont d'une haute stature et d'une forte corpulence. Leur chevelure est couleur d'argent et rose; leurs yeux sont d'argent; leur sourcils, or et rose. Ils ont ordinairement deux nez placés au-dessous de chaque œil : ces nez sont parsemés de perles de toute nuance. Les narines viennent aboutir sur les côtés du nez, et non à l'extrémité et à la partie inférieure, comme cela se voit sur la terre. Sur le côté droit du visage, s'ouvrent deux bouches : l'une pour les aliments ordinaires, l'autre pour toute nourriture fine et sucrée. Le menton des habitants de Emme est d'argent, leurs oreilles rondes, haut placées, portent deux énormes pendants descendant jusqu'aux épaules. Ces hommes suent de l'or, et transforment en or tout ce qu'ils touchent. Ils ont trois ou quatre bras : un en avant, un en arrière, un ou deux sur les côtés. Les bras n'atteignent guère que le quart de la longueur des bras des habitants de notre planète. Les agriculturiens (ainsi se nomment les habitants étranges de la ville de Emme) n'ont qu'une jambe et qu'un pied dans lequel se trouve une infinité de roulettes qui servent à les transporter d'un lieu à un autre.

M^lle^ M... nous fait la description suivante d'une baleine à laquelle vraisemblablement, elle faisait jouer dans son monde imaginaire un rôle que j'ai oublié de noter : La baleine a une bouche de cheval, des oreilles munies de boucles. Son corps est blanc et noir ; elle a quatre jambes avec des pieds qui lui servent à saisir sa nourriture.

La même malade prenait les sœurs de l'asile de D... pour des êtres malfaisants ayant revêtu le costume de religieuses afin de la tourmenter. Ces prétendues religieuses, rendues à leur forme naturelle, présenteraient un aspect tout différent de celui sous lequel on les voyait ordinairement.

Elles auraient alors un pied de cheval et un pied de bœuf; pour mains un sabot de bœuf et un sabot de cheval. Leur corps serait moitié bœuf et moitié cheval. Elles porteraient une queue de serpent garnie d'épingles trempées dans une espèce de vin bouilli et préparé par maléfice. Ces personnes ont généralement des têtes de chat.

La malade dont nous venons de citer les descriptions et que nous retrouverons plus loin, quand nous nous occuperons des tableaux variés suscités dans l'esprit des fous par le délire ambitieux, cette malade, dis-je, était douée d'nne imagination extrêmement brillante. Chez elle, les conceptions les plus étranges et les plus grandioses se succédaient avec une étonnante rapidité, et j'ai passé quelquefois des heures entières à écouter le récit des voyages de Mlle M... dans des pays imaginaires, où elle possédait des palais et des cathédrales d'une imcomparable richesse. Je note ici, en passant, cette vivacité d'imagination des mégolomanes; nous nous en occuperons plus spécialement dans le chapitre où nous aurons à traiter des conceptions suscitées par le délire ambitieux.

II

« Que l'on combine par la pensée, dit M. Tardieu, que l'on imagine par la fantaisie les choses les plus impossibles, les images les plus bizarres, on n'arrivera jamais à l'espèce de délire qui se peint sur la toile sous la main d'un aliéné, à ces créations qui tiennent du cauchemar et donnent le vertige. J'ai eu, pendant de longues années sous les yeux un aliéné qui n'avait jamais eu aucun talent, mais qui

passait sa vie à peindre; j'ai vu plus de cinq cents de ces tableaux, quelques-uns de grande dimension, dans lesquels les associations de couleur les plus folles, des figures vertes ou écarlates, des proportions inusitées, des ciels jaunes, des effets de lumière impossibles, des êtres monstrueux, des animaux fantastiques, des paysages insensés, des architectures inconnues, des flammes infernales réalisaient sous des formes inimitables les rêves les plus indescriptibles. La variété de ces images n'avait d'égale que la fécondité de leur auteur, qui était atteint d'une des manies chroniques les plus complètes et les mieux caractérisées. »

Il y a là, en effet, bien des traits caractérisant les dessins des malades atteints de manie chronique. De même que chez ces malades le désordre des discours est parfois extrême, de même les combinaisons de lignes de leurs dessins sont souvent extrêmement compliquées et les couleurs qu'ils prennent pour enluminer leurs tableaux absolument invraisemblables. Mais, il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive que des maniaques présentent dans leurs compositions une correction de lignes parfaite, un dessin net et achevé, surtout s'il s'agit simplement de la reproduction d'un seul objet. L'observation suivante nous montrera chez le même malade des dessins offrant tantôt une grande incohérence de lignes, tantôt une netteté presque parfaite.

Observation V. — H... est atteint de manie chronique. De temps à autre, ce malade est en proie à une vive excitation. Dans ces circonstances, H... se montre extrêmement incohérent, loquace, formant mille projets qu'il abandonne aussitôt. De plus, en raison d'une force physique peu commune et d'une extrême agilité encore développée par un long usage de la gymnastique, cet aliéné est très-dangereux et demande une active surveillance. Lorsqu'il est calme H... se montre encore incohérent, mais à un moindre degré. Il dessine alors volontiers. Les dessins qu'il compose et qu'il nous remet assez exactement, consistent parfois en cartes

de géographie mal agencées, coupées de lignes de toutes sortes et entremêlées d'indications inutiles et de versets de l'écriture; d'autres fois, les figures dessinées par notre malade représentent quelque plan, par exemple, le plan d'une machine de son invention. Le dessin est alors net, correct, arrêté, bien que l'idée demeure généralement excentrique.

On le voit, certains dessins du malade dont nous venons de rapporter l'observation sont très-incohérents; cependant, cette incohérence n'est pas absolue. Les lignes souvent entrecoupées et confuses de ces compositions les plus incohérentes révèlent, en effet, dans l'esprit qui les a conçues une double série d'idées : idées mystiques, idées scientifiques. De plus, dans d'autres dessins ces dernières idées se présentent sans aucun mélange; nous avons affaire à un inventeur. Une charrue de forme spéciale que nous a dessinée H..., un modèle de canon-revolver que nous avons en ce moment sous les yeux, nous montrent tout spécialement cet aliéné sous ce dernier aspect. C'est que, dans la manie chronique, le délire est loin d'être toujours général. Il arrive qu'une série de conceptions prédomine : des conceptions ambitieuses par exemple. De telle sorte que du maniaque chronique à idées délirantes multiples, au maniaque chronique avec prédominance marquée d'idées ambitieuses et au mégalomane, on passe par des nuances insensibles. La différence entre ces deux derniers genres de délire paraît surtout résider dans leur genèse : le premier ne se limitant que lorsque la maladie passe à l'état chronique, le second étant généralement primitivement limité ou succédant à un délire lypémaniaque suivant un mécanisme que M. Foville fils a mis en évidence dans un travail extrêmement remarquable. Quoi qu'il en soit, le désordre, la confusion des lignes dans les dessins des maniaques chroniques sera ordinairement assez exactement en rapport avec l'étendue du délire de l'aliéné, le maniaque chronique à conceptions délirantes multiples étant plus

désordonné dans ses productions que le maniaque chronique avec prédominance d'une seule série d'idées délirantes. Quant à la manie aiguë, avec son caractère d'incohérence complète, d'excitation, de mobilité extrêmes, elle ne pourra, au point de vue du dessin, généralement rien nous fournir.

Nous pourrions terminer ici ce chapitre, mais il est une question qui touche de si près à notre sujet que nous ne pouvons guère nous dispenser de l'aborder dès à présent ; c'est la question du costume chez les aliénés.

C'est, en effet, quelque chose de remarquable que la tendance de certains aliénés à s'affubler d'une façon bizarre, et, ce qu'il y a encore de plus digne d'attention, c'est le caractère ordinairement bien distinct du travestissement des aliénés atteints de maladies différentes. Un maniaque ne se travestit pas comme un monomaniaque ou un dément. Les costumes du maniaque sont plus fous, les costumes du dément sont plus niais; le travestissement du monomaniaque diffère complétement aussi de ceux du maniaque et du dément.

Le costume du maniaque est excentrique, heurté, bizarre, comme ses discours sont incohérents, par exubérance. Il y a chez les maniaques, si je puis ainsi dire, une incohérence de goût, comme il y a incohérence des actes, par besoin exagéré de mouvement, des discours, par surabondance d'idées. Aussi, ces malades varient-ils leurs costumes d'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre. J'ai en ce moment sous les yeux, à l'asile de Blois, une aliénée atteinte de manie intermittente qui est un exemple frappant de ce que j'avance ici. Tous les jours, plusieurs fois par jour, ses costumes varient et sont toujours de la dernière excentricité. Une maniaque de l'asile de Dijon, que j'ai encore bien présente à l'esprit, passait son temps à se confectionner des toques et des chapeaux aux couleurs les plus heurtées et de la forme la plus hétéroclite, quelque chose d'absolument

étrange. On remarquait également chez cette malade la tendance au changement que j'ai signalée chez la maniaque de l'asile de Blois (1). Chez le monomane ambitieux, il en est tout autrement. Il y a moins de variation dans son costume qui n'est pas généralement aussi fou que celui du maniaque. Ce costume est plus en harmonie avec les prétentions ambitieuses du malade et celui-ci ne s'abuse pas ordinairement, comme nous verrons que le fait le dément, sur le peu de valeur des ornements dont il se pare. Si le monomane se met comme il le fait, c'est qu'il pense approcher ainsi de l'idéal qu'il voudrait réaliser : en un mot son costume est raisonné. Une malade de l'asile de Dijon dont je parle plusieurs fois dans ce travail, se croyant pape, prélat romain, etc., plaçait sur sa tête une toque avec bande de gaze verte surmontée d'un chou de forme singulière, et couvrait ses épaules d'une pèlerine rose de la coupe la plus bizarre; mais elle ne s'abusait nullement sur le peu de valeur de ce costume, qu'elle considérait comme bien inférieur à celui qu'elle aurait dû porter. Le costume qu'elle eût voulu revêtir était à peu près le suivant : une coiffure blanche, sorte de mître; une robe de satin blanc avec une large ceinture de moire noire et un manteau d'étoffe d'or ou d'argent; des perles répandues à profusion comme ornement. Aussi, je le répète, considérait-elle ce qu'elle était

(1) Ce que je dis ici pour la manie en général et pour la manie intermittente est également vrai pour la période d'excitation maniaque de ce qu'on a appelé *folie à double forme*, *folie circulaire*. En effet, dans la période d'excitation de la folie à double forme, les malades sont tout à fait *hétéroclites* dans leurs costumes, qu'ils varient sans cesse. Il n'y a rien là que de très-naturel. L'excitation maniaque de la folie à double forme et la manie aiguë n'offrent véritablement aucun caractère distinctif, le diagnostic de la folie circulaire ne reposant, en somme, que sur l'alternance bien constatée de deux formes mentales : lypémanie et manie.

obligée de porter, pour me servir de ses propres expressions, comme une véritable *vilenie*.

Telle n'est pas la manière de voir du dément, qui se pare d'oripeaux, de rubans fanés, de morceaux de cuivre ; qui attache à son chapeau des plaques de fer-blanc, des couvercles de boîtes, des bouts de galon usé, des chaînes de cuivre brisées, mais qui croit volontiers que ces choses sont les plus belles qu'on puisse trouver et ont une valeur considérable.

Ce que nous notons ici se peut observer dans la démence paralytique comme dans la démence simple, aboutissant de toutes les affections mentales, et dans la démence sénile. Et chose remarquable! cette tendance à attribuer aux objets les plus insignifiants, une valeur singulière, nous la retrouvons chez l'enfant et chez l'imbécile. Il semble, et cette réflexion s'appliquerait principalement à la démence sénile, que la cellule nerveuse dans sa période régressive revienne chez le vieillard au point où elle était dans sa première période de vie et où elle s'est arrêtée chez l'imbécile.

Remarquons encore, en finissant, qu'une fois qu'un dément ou un imbécile a adopté un costume, un ornement ridicule, il le conserve longtemps, ou, même, ne s'en défait jamais. Nous avons vu, au contraire, que les maniaques sont, dans leurs goûts d'accoutrement bizarre, d'une extrême inconstance.

III

La mégalomanie comprend toute une série de folies dans lesquelles le délire ambitieux des malades frappe les esprits les moins attentifs. Ce délire est ordinairement consécutif à des idées de persécution ; parfois cependant, les idées de persécution ne se montrent que secondairement. En tout cas, un appareil hallucinatoire plus ou moins complet accompagne constamment les troubles de l'intelligence. J'a-

jouterai que le délire des mégalomaniaques est essentiellement raisonné, systématisé.

Par cela même que le délire mégalomaniaque est partiel et raisonné, nous devons nous attendre à trouver de la netteté dans les dessins des malades atteints de cette forme mentale; c'est ce qui arrive en effet. De plus, comme les idées ambitieuses forment la trame du concept délirant des aliénés qui nous occupent en ce moment, il est naturel de penser que leurs dessins auront trait à ces idées ambitieuses: des plans de palais, de cathédrales, de machines, de jardins, etc., sont, en effet, les sujets ordinaires de leurs compositions. L'examen des productions de ces malades justifiera donc ce que nous avons dit dans le chapitre précédent: à savoir que si l'on considère les productions graphiques des maniaques chroniques à idées délirantes multiples, celles des maniaques chroniques avec prédominance d'une série d'idées délirantes (idées ambitieuses, par exemple) et les productions des mégalomaniaques, on pourra passer des unes aux autres par des transitions insensibles. La différence la plus essentielle que l'on pourra signaler entre les dessins des deux derniers genres de malades ne consistera parfois que dans l'idée plus ambitieuse, choisie par le mégalomane pour être réalisée par le crayon ou par la plume. Ce grandiose dans l'idée, que nous indiquons comme se traduisant parfois assez nettement dans les compositions graphiques des mégalomanes, est bien plus accentué dans les conceptions de ces malades non réalisées par le dessin. Les observations suivantes mettront en évidence ce que nous venons de dire, tant au point de vue du dessin que des descriptions orales ou écrites des aliénés mégolomanes.

Observation VI. — M^lle M... est atteinte de mégalomanie caractérisée par des idées de grandeur, du délire de persécution et des hallucinations de presque tous les sens. M^lle M..., douée d'une imagination extrêmement vive et brillante, se croit homme, pape, roi, juge, grand médecin.

En conséquence elle s'est composé un costume tout spécial dont nous avons déjà parlé. Elle a à son service une sorte de lutin familier qu'elle appelle son agent-seigne et qui se tient ordinairement sur sa tête. Si on approche le doigt d'une sorte de chou en dentelle qui le renferme, cet être fantastique tombe en convulsions. Jusqu'ici, nous n'avons affaire qu'à des idées singulières, mais qu'on rencontre chez nombre d'aliénés. Où l'imagination de la malade, qui fait le sujet de cette observation, se présente dans toute sa richesse et son originalité, c'est dans la conception de la ville imaginaire de *Emme* qui est sa capitale et qu'habitent les *astronomes* et *les agriculturiens*. Cette ville sera achevée par M^lle^ M... qui, outre qu'elle est roi, pape, etc., est encore grand architecte de l'Univers. Il n'y aura plus de nuit à cette époque. Le gîvre et la rosée seront répandus partout, jetant de tous côtés des lueurs merveilleuses. Actuellement, chaque famille agriculturienne possède un palais et des jardins suspendus; le terrain de chacun de ces jardins est de cent journaux. Dans toutes les maisons brillent l'or et le cristal; on y trouve à chaque pas des robinets d'où sortent les liqueurs les plus précieuses. Les rues de Emme sont éclairées par des gaz formés d'essence de roses, de violettes et d'autres parfums les plus rares. Ce gaz éclaire à une distance immense en répandant une odeur délicieuse. Toutes les voitures de Emme sont faites d'or et de cristal. La ville tout entière est soutenue par d'immenses rochers, et l'on y parvient au moyen d'un escalier construit d'après les plans exposés dans la Gemna princière. C'est dans cette ville que M^lle^ M... au milieu d'une salle d'une étendue prodigieuse, sera couchée sur un lit orné de diamants et surmonté d'un dais aux tentures de pourpre. C'est là qu'elle prendra ses collations composées des mets les plus rares, ayant autour d'elle dix mille pages et dix mille cardinaux; c'est là encore, en présence d'un tribunal composé de dix mille magistrats, qu'elle prend presque journellement des bains de baume ou

de liqueurs exquises. La baignoire de M^lle^ M... est garnie à l'intérieur de soie blanche et on peut s'y balancer comme dans un hamac. Une des productions les plus précieuses et les plus singulières de la ville de Emme est la pierre-pain. J'ai déjà donné plus haut la description des habitants de cet étrange pays ; je n'y reviendrai pas ici.

Observation VII. — H.... est atteinte de délire ambitieux avec idées de persécution. Hallucinations nombreuses. Cette malade s'imagine être reine d'Egypte et fille du roi des Belges. C'est pour s'emparer de ses trésors qu'on l'a enfermée à l'asile de Blois, qu'on la persécute par toute espèce de moyens magiques. L'agent de ces persécutions est un employé de la maison, vrai Méphistophelès, rempli de méchanceté et doué d'un pouvoir absolument diabolique. Il dispose de toutes les puissances du mal, déchaîne sur elle le feu, l'électricité, la grêle, etc. Tout cela tourne autour de H..., éclate en répandant des lueurs phosphorescentes et des gaz méphitiques. Mais les ennemis de la reine d'Egypte ne la tourmenteront pas toujours : un temps viendra où leur puissance sera vaincue. Alors elle pourra sortir de l'asile et refaire le monde suivant un plan qu'elle a imaginé. Tous les hommes reviendront à l'âge de vingt-cinq ans. On les bâtira avec de la toile, ils seront alors toujours jeunes et toujours beaux. Les arbres, les animaux, tout ce qui existe à la surface de la terre sera reconstruit avec de la toile et complétement transformé. Le monde mesquin et petit où nous vivons sera changé en un monde merveilleux et grandiose. Des objets de dimension fabuleuse remplaceront ce que nous voyons aujourd'hui : les poules seront grosses comme des chevaux, les moutons comme des éléphants; les vaches seront grandes comme des maisons ; les arbres auront plusieurs fois la hauteur des plus grandes églises, les cerises et autres fruits du même genre atteindront le volume des courges. On vivra ainsi éternellement dans un véritable paradis dont H... sera la reine. Un palais merveilleux où

aboutiront des milliers de chemins de fer sera sa demeure. Les sommes les plus fabuleuses seront en sa possession et elle s'en servira pour faire mille largesses en faveur de ceux qui lui auront prêté aide et protection.

Observation VIII. — Le nommé R... est en proie à des idées ambitieuses parfaitement caractérisées. Il s'imagine qu'il est un nouveau Messie. Napoléon III avait été choisi par Dieu pour régénérer le monde une seconde fois; mais l'ex-empereur a prévariqué, et c'est sur lui, R..., que le Maître de toutes choses a transporté ses grâces : il peut tout et sait tout; il est un admirable chanteur, un poëte divin. Aussi, avant son entrée à l'asile avait-il fait des démarches auprès de l'autorité compétente pour se faire entendre sur le théâtre de Lyon. Comme je l'ai déjà dit, il n'est rien d'impossible à notre malade : la médecine, la chirurgie, la mécanique, l'architecture, la politique n'ont point de secrets pour lui. Il peut guérir toutes les maladies et a inventé une nouvelle méthode chirurgicale; il procède par strangulation : il serre le cou de ses malades, de manière à leur faire éprouver une légère syncope et les opère pendant ce temps, naturellement, sans douleur. R... a un système pour remplacer la vapeur et faire marcher tous les chemins de fer de France sans aucune espèce de frais. Il veut, en outre, proposer un nouveau système d'impôts et supprimer tout signe monétaire. « L'argent, dit R..., dont la pantomime très-animée rappelle les charlatans des places publiques, l'argent est la plaie du monde, c'est le fléau des sociétés civilisées, c'est l'aliment des vices, l'agent de toute oppression; qu'on supprime l'argent et l'on verra renaître sur la terre la paix et la concorde. » Si R... a de grandes idées en médecine et en politique, il n'est pas moins ambitieux dans ses conceptions architecturales. Il veut construire un temple immense, qui reproduira la forme des cathédrales du moyen âge. L'édifice aura sept étages et sera percé d'autant de croisées que le palais du Louvre; entre chaque croisée

sera placée la statue d'un grand homme. Du côté oriental du monument, seront construits deux clochetons d'une structure merveilleuse, et au milieu s'élèvera une flèche immense traversée par un palmier d'une hauteur prodigieuse, dont les feuilles épanouies soutiendront une sphère d'or surmontée d'une croix. La statue de R... sera placée au-dessus de l'entrée principale du temple.

Le dessin de R... qui représentait cette cathédrale était parfaitement net dans ses contours, mais sans aucune valeur artistique. La main inhabile de notre malade ne pouvait parvenir à retracer les rêves de son imagination. Un plan de bains publics du même malade offrait la même netteté.

Ces trois observations sont assurément intéressantes. Une d'elles, surtout, l'est tout particulièrement: c'est celle de M^lle^ M... On peut remarquer, en effet, que dans les conceptions de cette malade les imaginations bizarres, les créations fantastiques viennent se mêler à ses constructions grandioses de villes enchantées, de palais merveilleux, à ses inventions de costumes étonnamment riches et somptueux. Selon nous, ce fait tient à ce que, chez cette malade, le délire des persécutions est très-marqué; et nous ne croyons pas nous tromper en disant que plus les idées de persécution sont accusées, plus les malades en proie à ces idées seront portés à imaginer d'une façon originale, singulière, bizarre. L'observation de la malade de l'asile de Blois, qui veut construire les hommes avec de la toile, est une preuve nouvelle de ce que j'avance ici. Nombre d'exemples du même genre que ceux que je viens de citer s'offrent présentement à mon esprit, et de l'examen de tous ces faits, il semble résulter qu'il y a là une sorte de loi et que la gradation de la singularité et, j'ajouterai, de la richesse des conceptions, suit toujours celle de la vigueur des idées de persécution, en ayant égard toutefois à la puissance de l'imagination antérieurement à la maladie et aux connaissances

primitivement acquises. Ce fait de la fréquente originalité d'esprit des aliénés à idées de persécution peut paraître singulier; je le crois vrai néanmoins, et une conception des plus étranges dont je me souvienne, appartenait à un persécuté de l'asile de Blois. Ce malade, peintre assez habile autrefois, prétendait que l'intérieur de la terre est rempli de villes et de palais du plus pur cristal. Ce monde singulier est éclairé par la lumière électrique. Les rayons de cette lumière, brisés et décomposés par les colonnes prismatiques des palais transparents intra-terrestres réjouissent les yeux des justes appelés à les habiter après leur mort, et répandent dans tout leur être un sentiment de bonheur indéfinissable. Si ces justes viennent à commettre quelque faute, ils remontent à la surface de la terre, lieu de misère et d'expiation.

Je terminerai ce chapitre par la mention d'une malade qui justifie plus complétement peut-être que les aliénés dont je viens de rapporter les observations, ce que j'ai dit de la similitude des dessins des maniaques chroniques à idées délirantes très-limitées et de ceux des mégalomanes. Ce qui fera mieux saisir cette ressemblance, c'est que, dans les deux cas, il s'agit de plans de machines. H..., nous l'avons vu, nous donnait des coupes, des profils de canons-révolver, de charrues perfectionnées, M^me^ D... comtesse de Chambord, petite-fille de Louis XVIII, etc., dessine le plan d'une machine qui sert à faire tourner la terre d'une demi-rotation au devant du soleil et à amener ainsi la succession des jours et des nuits et la révolution des saisons. Les années à hiver rigoureux ou celles marquées par des étés torrides ont leur explication dans ce fait, que la machine a été poussée au delà de sa limite de développement habituel. C'est la fille de M^me^ D... qui conduit cette machine dont le dessin, conçu par un esprit sans culture et exécuté par une main inhabile, est des plus simples assurément, mais net, précis, cohérent, arrêté.

IV.

En dehors de la mégalomanie, il existe encore une affection où les idées de puissance et de richesse, les projets grandioses se rencontrent si souvent qu'on en a fait presqu'un symptôme pathognomonique de la maladie : c'est la paralysie générale. Les conceptions délirantes artistiques des paralysés généraux diffèrent-elles de celles des mégalomanes? C'est là précisément la question que nous nous proposons d'examiner. Et tout d'abord, on pensera naturellement que ces conceptions pourront être facilement recueillies et fixées. Si on se rappelle, en effet, combien volontiers les paralysés généraux se disent possesseurs de palais et de villes entières, avec quelle facilité ils disposent de millions et de milliards, comment les diamants, les rubis et toute espèce de pierres précieuses sortent à leur commandement des entrailles de la terre, on pourra s'imaginer qu'il n'hésiteront guère à décrire les palais dont ils sont les maîtres heureux. Il n'en est pas absolument ainsi. Les paralysés se disent bien propriétaires de terres splendides, de parcs merveilleux; ils ont des palais et des châteaux *en masse* ; mais, il est beaucoup plus difficile de leur faire décrire ces châteaux que de les amener à en accuser la possession. Cependant, si l'on veut bien les questionner, ou, mieux encore, les écouter avec patience, on finira par avoir une idée des tableaux que peut leur offrir leur imagination malade. Mais obtenir de ces aliénés un récit net et précis comme le peut être celui d'un mégalomane, c'est à quoi il ne faut pas songer, surtout quand la maladie n'est déjà plus à son début.

Il y a dans toutes les descriptions des déments paralytiques quelque chose de vague, de niais, d'incohérent et d'ambitieux tout à la fois : c'est un mélange de grandiose et d'infime. Mais c'est surtout quand on fait prendre à un

dément paralytique le crayon ou la plume que devient frappant le contraste de la prétention de l'artiste avec la nullité du résultat. Le palais décrit par le malade est encore quelque chose de possible, d'imaginable ; les termes dont il se sert, les comparaisons qu'il emploie vous le font concevoir ; mais son dessin n'est plus que la chose la plus niaise et la plus misérable, et cette insignifiance du dessin qu'il vous remet, ordinairement le paralysé ne l'aperçoit pas, ne la comprend pas. Il y a donc un contraste des plus choquants entre les prétentions ambitieuses du paralytique et la réalisation sur le papier de ses conceptions chimériques. Ce trait est frappant et peut, ce nous semble, être rapproché de certaines réponses de ces mêmes malades que l'on a coutume de citer comme caractéristiques de la maladie. Un aliéné se dit roi, empereur, possesseur de richesses immenses. Que fait votre femme? lui demande-t-on. Elle fait des ménages, répond le malade ; et cette réponse ne lui paraît contredire en rien ses prétentions. Entre ce fait et ce que nous avons noté plus haut, on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement. La rencontre est au moins curieuse et nous a paru mériter d'être signalée. C'est ainsi que dans la maladie tout se tient, et que les manifestations morbides provoquées par une même lésion présentent, dans des directions différentes, de sensibles analogies.

Je noterai enfin que les dessins des paralysés généraux sont en général sales, souvent couverts de taches de toutes sortes.

Observation IX. — L... ayant habité l'Afrique pendant longtemps, s'y est livré à des excès de toutes sortes. Ce malade offre tous les traits du paralytique général avancé. Sa physionomie ouverte, autrefois intelligente, porte au plus haut degré le cachet de l'affection dont il est atteint; L... a cet air de contentement béat, que l'on n'oublie pas, quand on a vu une fois un paralysé général à délire expansif. Les

idées de grandeurs, caractéristiques de la maladie sont, chez lui, des mieux accusées. L... se croit très-riche, d'une force physique extraordinaire. Il possède un palais magnifique, grand comme l'infini, avec autant de croisées que la ville de Lyon. C'est une construction d'une nature merveilleuse, d'une hauteur démesurée, ayant encore la largeur de l'infini. Il a pu transporter son palais de Bordeaux à Paris, en l'enlevant avec un seul bras et en le plaçant sur son dos après l'avoir ficelé. Il le transportera plus tard en Afrique, et il est tellement fort et vigoureux que ce n'est là qu'un jeu pour lui. Il possède encore, du reste, d'autres palais, bâtis sur de la poussière d'or, poussière tellement abondante dans le pays où se trouvent ces merveilles, qu'on y enfonce jusqu'aux genoux. Du reste, L..... va passer empereur; aussi est-il tout-puissant. Il a construit le monde et jeté sur l'Océan un pont allant de l'Afrique au nouveau continent. Avant cette époque, alors qu'il était seulement connétable, une baleine est venue le chercher et l'a placé sur une perle immense pour lui faire traverser l'Atlantique. C'est au moyen de ce mode de locomotion, unique et merveilleux, qu'il a été rendre visite au président Johnson. L... possède des milliards de pantalons, des centaines de mille de costumes d'archevêque, de général, etc.

Le malade nous a dessiné un des merveilleux palais dont il est possesseur. On ne peut rien imaginer de plus insignifiant : c'est une série de lignes confuses, de points inégalement espacés.

Observation X. — M.N... est atteint de paralysie générale à forme expansive. Chez ce malade les symptômes du côté de la motilité sont peu accusés; mais le délire ambitieux est bien manifestement celui des paralysés généraux. M. N... commande à toutes les autorités du département, il écrit aux généraux, il envoie des ordres dans toutes les directions, il prescrit les règles de l'étiquette qui devront être

observées quand il fera son entrée dans la ville de ***. Dès qu'il sera sorti de l'asile de D..., il fera construire un palais merveilleux. Ce palais, dessiné par notre paralytique, consiste en une série de lignes, enfermant des parallélogrammes de dimensions et de proportions impossibles et des triangles plus ou moins réguliers. La distribution des diverses salles de ce palais est des plus incohérentes : volières, serres chaudes, sérail, église, théâtre, cirque, etc., toutes ces pièces à destination des plus diverses se rencontrent dans la plus bizarre confusion. Quant à la façade du palais de M. N..., elle doit être ornée d'une série de colonnes formées par des serpents gigantesques que surmonteront des lions.

Observation XI. — D..., à la suite de nombreux excès de toutes sortes, devient paralysé général et est amené à l'asile de Blois. Chez ce malade le délire des grandeurs est des mieux caractérisés. D.:. est extrêmement riche, possède des maisons partout, et fera bâtir des palais. On demande à D... de dessiner un de ces palais ; il y consent volontiers, et nous remet le lendemain une composition ridicule représentant une série de maisons s'enchevêtrant les unes dans les autres, de la plus pauvre architecture et entremêlées de figures grotesques. Le papier sur lequel D... a représenté son futur palais est sale et couvert jusqu'aux bords par ses insignifiants dessins.

Observation XII. — Ch..., jeune soldat, d'un caractère ouvert et sympathique, est atteint de paralysie générale : tremblement des mains, inégalité des deux pupilles, parole embarrassée, délire ambitieux. Ch... se croit maréchal de France ; il donne des ordres au ministre de la guerre, fait marcher le soleil, et distribue à qui en désire des millions et des décorations. Lui aussi, il fera construire un palais merveilleux, et couvrira de fresques tous les murs de son palais. Ch... s'imagine, en effet, avoir un talent de peintre au moins égal à celui d'Horace Vernet. Cette prétention

amène notre malade à exécuter le dessin d'un cheval qui est la chose la plus nulle du monde ; un enfant, dans ses essais imparfaits, ne ferait rien de plus insignifiant : une ligne courbe, quelques traits, à chaque extrémité de cette ligne, figurant la crinière et la queue, voilà à quoi aboutissent les efforts et les prétentions du pauvre paralysé, qui se croit, dans son délire, l'émule d'un de nos plus grands peintres de bataille.

Observation XIII. — M. L...paraît avoir su dessiner convenablement. Il est atteint de paralysie générale. Ce malade ne se croit pas immensement riche, comme il arrive si souvent dans la triste affection dont il est atteint ; mais tout lui plaît, tout lui réussit : il est exceptionnellement heureux et habile. Il a construit une maison qui est quelque chose de merveilleux ; il a un coq comme on n'en possède pas : tout le monde admire son coq et le lui envie. M. L... nous dessine coq et maisonnette, et ces deux dessins sont de la dernière insignifiance, celui du coq principalement. Cette nullité des dessins de M. L... est surtout frappante si l'on considère qu'il a existé chez ce malade une véritable aptitude pour le dessin, aptitude qu'il a conservée en partie, lorsqu'au lieu d'imaginer, il se contente de copier.

Dans toutes les productions que nous venons de nous efforcer de décrire de façon à en donuer une idée suffisamment nette et précise, le dessin est, comme on l'a vu, parfaitement en désaccord avec les prétentions de l'artiste. Mais ce caractère des dessins des paralysés généraux est plus ou moins accentué ; il se présente avec un degré plus ou moins grand d'évidence, suivant la période de la maladie que l'on a sous les yeux. Il ne faut pas oublier, en effet, que la péri-encéphalite diffuse, suivant qu'on la considère absolument au début, ou à une époque plus avancée, offre, dans ses symptômes, des traits assez différents. Au début, il y a de la vigueur dans les conceptions,

une activité désordonnée ; les troubles de la motilité sont parfois à peine accusés ; l'écriture est assez nette. Les paralysés généraux au début peuvent se rapprocher des maniaques avec prédominence d'idées de grandeur. Aussi, dans ces cas spéciaux, leurs productions ont-elles une certaine analogie avec celles de ces derniers malades. Le dessin, encore assez insignifiant, est moins nul que celui du paralytique avancé ; les traits en sont moins incertains. Les compositions d'un malade d'une des observations précédentes (obs. X), présentent très-évidemment ce caractère.

Je ferai remarquer enfin, et c'est par là que je finirai, l'extrême facilité avec laquelle on voit, dans les observations que j'ai rapportées, le paralysé accepter ou proposer d'accomplir les travaux les plus difficiles en des arts, qui, comme la peinture et le dessin, leur sont, le plus souvent, demeurés toute leur vie absolument étrangers.

V.

La démence consiste, on le sait, dans un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles, affaiblissement qui, au dernier degré de la maladie, va jusqu'à l'abolition complète de ces mêmes facultés. Il suit de là, que dans la démence les idées sont niaises, enfantines. Il semble, comme je l'ai déjà dit, que la cellule nerveuse subissant une évolution régressive, les idées redeviennent ce qu'elles étaient dans la première période de la vie. Les goûts, les occupations, les souvenirs sont ceux de l'enfance, et c'est une expression imagée et juste qu'on emploie dans le langage ordinaire, quand on dit d'un vieillard, dont les facultés s'affaiblissent, qu'il est tombé en enfance. Les contes niaisement simples, les histoires naïvement merveilleuses, les amusements futiles, constituent, à des degrés divers, les distractions favorites des déments. Tous ceux qui ont vécu

parmi les aliénés se rappelleront avoir vu souvent des malades atteints de démence, les femmes surtout, fabriquer des poupées qu'elles habillent d'une façon grotesque, généralement pompeuses, cherchant pour ces costumes des étoffes de couleur voyante, de mauvais galons dorés. Elles bercent *leur fille*, la tiennent continuellement entre leurs bras, et causent, parfois pendant des heures entières, avec cette ridicule poupée. Chez les hommes, les goûts puérils se traduisent d'une autre façon : comme les enfants, les vieux déments sont heureux quand ils peuvent s'affubler en princes, en généraux, etc. Dans les deux sexes, ces malades cherchent des cailloux, des débris de toutes sortes, qu'ils considèrent comme des objets précieux et dont ils remplissent leurs poches, comme les enfants le font si volontiers. Je rappellerai enfin, en finissant ce paragraphe, les tendances destructives des déments, tendances qui sont aussi l'un des traits caractéristiques de l'enfance.

Les déments, ai-je écrit plus haut, aiment à entendre des histoires naïvement merveilleuses, ce n'est point assez, et j'aurais dû ajouter, que, quand la maladie n'est pas trop avancée, non-seulement les déments aiment ces sortes d'histoires, mais qu'ils en composent eux-mêmes. J'ai rencontré, à l'asile de Dijon, un exemple frappant de ce que j'avance ici. Les souvenirs faisaient en grande partie, les frais des contes de la malade à laquelle je fais allusion, mais on ne pouvait s'empêcher de demeurer frappé du caractère naïf et féerique de ces histoires et de reconnaître qu'un enfant les eût écoutées avec un plaisir infini.

Voici cette observation :

Observation XIV. — Mme Do... était à son entrée à l'asile de Dijon atteinte de mégalomanie; elle est actuellement dans un état de démence commençante. Les idées de grandeur subsistent encore aujourd'hui. Mme Do... se croit princesse; sa famille possède des biens considérables, etc. Le frère de notre malade a voyagé, s'imagine-t-elle,

en Perse, dans les Indes, dans tous les pays du monde, et ces voyages forment pour notre démente, un sujet de conversation auquel elle revient continuellement. Nous allons reproduire un des récits favoris de cette aliénée :

Un jour il arriva que le frère de Mme Do..., marchant accompagné d'un chien doué de la faculté de parler, se trouva près de la montagne de ***, montagne excessivement haute, au sommet de laquelle on parvient par un escalier de pierres durcies. A peine était-il dans cet endroit qu'il entendit une musique délicieuse. Comme une voix l'appelait, il se retourna et aperçut un génie à qui il offrit de partager son repas. Le génie, ayant accepté, proposa au voyageur, en reconnaissance de son bon procédé, de lui faire voir, à l'aide d'une lunette merveilleuse, les beautés de la montagne. Tout à coup se dressa un pont qui comptait deux mille arches, et avait été construit avant le déluge. Un brouillard épais, semblable à ceux qu'on voit sur le bord de la mer ne tarda pas à s'élever. Que voyez-vous? dit le génie — Une foule nombreuse de pèlerins qui reviennent de St-Jacques de Compostelle et qui essayent de passer sur le pont. Il y en a qui semblent fort gais, cependant ils s'abîment et disparaissent au moyen de trappes qui s'ouvrent sur l'eau. D'autres sont tristes, et disparaissent aussi. — Que voyez-vous encore? dit le génie. — Je ne vois plus que des figures aériennes. — Attendez un instant, et vous allez contempler un merveilleux spectacle. Le brouillard se dissipe, en effet, et on aperçoit une mer enchantée. Sur cette mer voguent de tous cotés des gondoles remplies d'hommes et de femmes vêtus de robe de satin rose et de brocart, ayant sur la tête des couronnes d'or et d'argent : ce sont les personnes qui ont toujours conservé leur vertu. Il y avait dans la même compagnie des vieillards masqués portant des habits de satin rose, sur leur poitrine des chaînes d'or et de perles pleines. Où vont-ils? Dans le palais enchanté de Bagdad. Ce palais avait des portes d'or, ses meubles étaient en bois

des îles. Toutes les tables étaient garnies d'assiettes de vermeil; de petits tabourets de bois de rose servaient à poser les pieds. Au-dessus de la table se voyait un lustre, et près du lustre un oiseau enchanté qui répétait comme un écho tout ce que l'on disait. De tous côtés brûlaient des bougies à l'étoile. Quant au festin qui se faisait dans ce palais, il était délicieux. A chaque service, de dessous le plancher, une table montait d'elle-même garnie des mets les plus recherchés : de petits pains au beurre dans chaque assiette, une sorte de biscuit glacé d'une pâte blanche comme la neige et d'une finesse extraordinaire, du gibier d'eau et de bois, des pièces de poisson pesant trente livres, des barbeaux, des brochets d'une grandeur extraordinaire, des foies de lotte et de faisan, des biscuits de Savoie, des biscuits de Reims et des pains d'épice, des crèmes à la menthe et à la rose, des œufs à la neige. — Vins de toutes sortes, alicante, clos-vougeot, etc., etc. Parmi les convives on remarquait une foule de grands personnages : des chevaliers de la Légion d'honneur et des pairs de France. Les dames étaient vêtues de robes brodées d'or, etc., etc., etc.

Ce récit, que je suis obligé d'abréger, est singulièrement puéril : oiseaux parlants, mets sucrés de toutes sortes, énumérés longuement et avec complaisance, aventures sans suite et sans enchaînement, tout est merveilleux et absurde dans cette histoire ; c'est un vrai conte de nourrice. Notre malade, du reste, se plaisait singulièrement aux imaginations d'un merveilleux absolument naïf. J'ai noté, entre autres, deux de ses inventions que je reproduis ici : la première consistait dans la conception puérilement merveilleuse d'un petit couteau qui en s'ouvrant criait : Vive le roi, par le jeu du ressort; dans la seconde, il s'agissait d'un lustre enrichi de diamants éclairant uniquement par le feu des pierres précieuses dont il était enrichi, et qui, par l'effet d'un mécanisme, pouvait appeler les officiers de je ne sais quel palais.

Si, des compositions de cette aliénée, nous passons à ses

représentations graphiques, nous retrouvons encore la même puérilité. Ses dessins, découpés dans des papiers ou cartons de diverses couleurs, représentent des figures de poissons, de chiens, de lapins, des petits pots de fleur, des arbres, etc. Comme je l'ai dit déjà, Mme Do... est une démente à la première période. Les facultés sont encore chez elle relativement assez puissantes. Je vais m'occuper maintenant d'un degré plus avancé de la maladie dont nous traitons dans le présent chapitre.

Ce n'est, en effet, que dans la démence commençante que les aliénés sont capables de composer quelques récits du caractère enfantin dont sont marquées les conceptions de la malade dont on vient de lire l'observation. Quand la démence est absolue, les facultés sont trop faibles pour que l'aliéné puisse enchaîner ses discours, agencer ses phrases d'une façon même imparfaite. Au moindre obstacle le dément déraille, si l'on veut bien me passer cette expression; un mot, une simple assonance suffisent pour le jeter d'une série d'idées dans une autre tout opposée. Tandis que chez le maniaque, l'incohérence vient de l'abondance des idées et des images qui se présentent à son esprit, chez le dément, c'est la faiblesse de l'esprit qui fait que l'idée s'éteint faute de la vigueur nécessaire pour parcourir toutes ses phases, et est remplacée par une autre que la première a accidentellement suscitée et qui, elle non plus, n'accomplira pas son entière évolution. Si nous voulions rendre, en quelque sorte matériellement, ce qui se passe chez le dément, nous pourrions dire qu'il semble que chez lui, le moindre ébranlement suffise pour communiquer un mouvement qui se propage dans les directions les plus diverses, mais qui, extrêmement faible, est modifié au moindre obstacle. Et, chose digne d'être notée! la plume du dément traduit d'une façon exacte ce qui, dans ce cas, se passe dans son esprit; ses dessins, outre qu'ils sont insignifiants, sont empreints à un degré remarquable, du même caractère d'incohérence que l'on constate dans ses discours.

Une jeune fille, bien élevée, musicienne, sachant dessiner, est admise au pensionnat St-Lazare pour être traitée d'une folie présentant le caractère de la lypémanie religieuse. Cette jeune fille, après avoir été inutilement soumise à divers traitements, tombe rapidement dans la démence. Aujourd'hui les facultés sont chez elles presque complétement abolies : des discours incohérents, des phrases sans suite, des mots tronqués composent toute sa conversation. Mlle G..., comme je l'ai dit, savait dessiner : actuellement, ses dessins sont absolument insignifiants ; mais ce qui rend intéressantes au plus haut point ces productions imparfaites, c'est le caractère d'incohérence que le plus superficiel examen suffit à y faire découvrir. Mlle G... voulant dessiner une maison commence par en esquisser la porte, puis, son idée lui échappant en partie, la porte qu'elle vient de tracer devient la maison tout entière, et sur les côtés de cette porte, devenue une maison, elle dessine des croisées qu'elle place d'une façon peu symétrique. Bientôt cette *porte-maison* devient quelque chose qui ressemble à un tapis à fleurs. La conception d'un tapis à fleurs prédomine décidément dans le dessin voisin où, cependant, les fenêtres mentionnées précédemment sont encore représentées sur les côtés du tapis. Enfin, l'idée primitive est complétement oubliée, toute trace de maison a disparu, et nous avons finalement sous les yeux, dans un dernier dessin, un tapis à fleurs confuses, inachevées et imparfaites. Cependant la malade avait voulu primitivement dessiner une maison. Un verre assez bien esquissé devient rapidement sous la main de Mlle G... quelque chose qui ressemble assez à un tronc d'arbre. Le dessin d'un chat, entrepris par la même malade, aboutit à un fouillis d'ombres dans lequel il est impossible de reconnaître une forme vivante, etc. On voit donc, ainsi que je l'avais annoncé, qu'avec la nullité du dessin, l'incohérence est souvent encore un des traits des productions artistiques des déments.

Mais, ces productions présentent-elles toujours la même

nullité, la même incohérence? Non, assurément. Il y a, on le comprend, suivant le degré de la démence, suivant l'habileté de main du sujet, des degrés dans l'insignifiance, dans l'incohérence des dessins des déments. Un ancien artiste de la manufacture de Sèvres, actuellement à l'asile de B..., en état de démence, possédait avant de devenir aliéné un véritable talent. Aujourd'hui il dessine encore plus convenablement que ne le fait Mlle G...; la maladie se traduit chez lui par une incohérence beaucoup moins marquée que celle que nous avons signalée dans les dessins de notre jeune pensionnaire, et ce ne sera souvent que par un détail mal placé que l'on devinera dans les compositions de M... des productions maladives. Mais ce détail existe néanmoins, et pour obtenir de l'ancien peintre de Sèvres un dessin convenable, il faut le guider, le maintenir et, si l'on veut me permettre encore de me servir de cette expression, l'empêcher de dérailler. De plus, les dessins de M... sont généralement moins insignifiants que ceux dont nous avons parlé jusqu'à présent.

VI.

Le lecteur sera peut-être étonné de nous voir consacrer un paragraphe, pour si court qu'il soit, aux conceptions artistiques des imbéciles. La réunion de ces deux mots, art et imbécillité, semble, au premier abord, quelque peu étrange. Cette étrangeté n'existe qu'en apparence. L'esprit humain est partout le même; ses tendances s'accusent identiquement dans toute l'échelle des êtres pensants, mais, avec une différence dans les résultats qui fait que l'observateur superficiel pourrait méconnaître dans des produits prodigieusement distants, le travail d'une même faculté : ici, l'avortement; là, le grandiose et le sublime.

Du reste si, comme nous nous proposons de faire ici, on se borne à envisager l'art du dessin, et qu'on veuille bien se rappeler que le dessin est une des occupations favorites de l'enfance, on s'étonnera moins de nous voir aborder la question qui nous occupe. Il n'est en effet personne qui

n'ait été frappé de ce fait que l'on trouve souvent chez les imbéciles beaucoup des goûts, des instincts, des défauts, des occupations des enfants.

Or, comme je le disais tout à l'heure, une des tendances les mieux accusées des enfants, un de leurs amusements favoris est l'imitation par le dessin des objets qui les entourent : productions imparfaites, dessins ébauchés, mais qui traduisent une intention, qui accusent un effort de représentation. Cette même intention, ce même effort, nous les rencontrons chez les imbéciles. L'intelligence de ces malades va rarement jusqu'à la traduction sur le papier de scènes que le peu de développement de leur imagination leur interdit le plus ordinairement de concevoir ; mais ce qu'ils voient, ils le reproduisent. Je n'ai pas entre les mains de nombreux exemples de ces productions, parce que bien souvent les imbéciles n'atteignent même pas un point de développement intellectuel où se manifeste l'instinct d'imitation. Ce que j'en ai me suffira pourtant à indiquer le caractère ordinaire de ces compositions. Je possède, en effet, une série de dessins, exécutés par un imbécile de l'asile de Dijon qui passait à dessiner et à peindre tous les moments de liberté que lui laissaient les travaux auxquels il était employé. Ce malade occupait dans la série des dégénérés un échelon assez élevé. Ses dessins, ordinairement coloriés, consistaient généralement en représentation de plantes, d'insectes (papillons, scarabées, etc.). Si nous examinons ces dessins, nous voyons que parfois la copie des objets représentés est exacte, presque minutieuse; mais c'est de la copie maladroite, sans intention d'arrangement et de perspective. Voilà le caractère principal des dessins des imbéciles. Ces productions offrent, cependant encore, une autre particularité que je veux signaler ici. Dans les dessins de J..., on rencontre, comme je l'ai dit, des insectes, eh bien! souvent ces insectes copiés sur un modèle placé près du malade présentent des incorrections semblables à celles qu'on rencontre fréquemment dans les dessins des

enfants : un scarabée, par exemple, sera figuré avec une ou deux pattes dans une direction absolument invraisemblable. Quelque chose se rapprochant du caractère que je viens de signaler se rencontre parfois dans les dessins des déments. Mais, tandis que chez eux ce résultat, ainsi que je l'ai fait voir, est ordinairement produit par une véritable incohérence, il provient chez les imbéciles de l'insuffisance de l'esprit. L'imbécile ne déraille pas, il copie mal et ne s'aperçoit pas de son erreur; il croit bien faire, et est ordinairement très-fier de son œuvre. Je dirai, pour terminer ce paragraphe, que lorsque l'imbécile en arrive par hasard à vouloir représenter quelques scènes en conformité avec les conceptions limitées de son esprit obtus, il ne dessine guère que de véritables *bonshommes*. J'ajouterai que dans ces cas il s'agit souvent de quelque imagination obscène.

La dernière ligne que je viens d'écrire m'amène à faire remarquer que les dessins des aliénés présentent assez souvent un caractère marqué d'obscénité. Cette remarque a déjà été faite par M. le professeur Tardieu. Elle est vraie, quoique le fait qu'elle signale soit peut-être un peu moins fréquent que semble le croire le savant médecin légiste. Quoi qu'il en soit, il serait utile de rechercher si ce caractère d'obscénité du dessin se présente plus particulièrement dans certaines formes de folie. Je n'ai pas observé un nombre de faits suffisants pour me prononcer sur ce point d'une façon absolue. Ce que je puis dire, c'est que chaque fois que j'ai rencontré des dessins obscènes, ils venaient d'aliénés à idées de persécution, de déments ou d'imbéciles. Les dessins de ces derniers sont encore, dans ces cas, parfaitement insignifiants ; ceux des persécutés sont agencés et combinés. J'ai encore présent à mon souvenir le dessin d'un malade à idées de persécution qui aurait pu servir de frontispice à telle œuvre tristement célèbre de la littérature érotique. Je ne décrirai pas ce dessin ; e lecteur approuvera ma réserve.

NOTE

SUR

L'INFLUENCE DE LA LUMIÈRE COLORÉE

DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE

Par le Dr TAGUET
Médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

Au mois de janvier 1876, le Dr Ponza signalait à ses collègues des asiles d'aliénés « pour l'honneur de la science et pour le bien de l'humanité souffrante » un nouveau traitement des affections mentales par la lumière colorée. Cette découverte fut saluée, comme un heureux événement, par la presse et l'opinion publique. Il nous arriva bientôt de tous côtés les sollicitations les plus pressantes pour instituer dans notre asile un traitement qui donnait, à son début, les plus hautes espérances et permettait d'obtenir « des guérisons qu'il eût été téméraire d'espérer autrement ». Nous n'avions nullement besoin de cette invitation, Ville-Evrard ayant la spécialité, si je puis m'exprimer ainsi, d'accepter la lumière sans s'inquiéter de sa provenance et tous les traitements rationnels préconisés contre la folie ayant ici leur droit d'asile le plus entier. Le bromure de potassium, l'arséniate de soude, le chloral, les injections morphinées y ont été expérimentés tour à tour. Nous avons déjà rendu compte de quelques-unes de nos observations avec toute sincérité et en toute liberté de langage, sans oublier le

respect que nous devions à ces chercheurs infatigables, à ces généreux philanthropes. C'est par un examen approfondi, c'est par la constatation de faits bien observés que la science se constitue; à ce titre, on nous permettra de porter à la connaissance de nos confrères le résultat de notre étude.

Commençons, d'abord, par établir que les désordres nerveux ne sont pas toujours une maladie de l'âme ; nous aurions bien des restrictions à faire si nous étions appelé à traiter de la folie morale. En tant que cette affection existe, il nous paraît hors de doute qu'elle ne puisse être modifiée par toutes choses qui parlent à l'entendement ; c'est ainsi que David a pu calmer par les sons harmonieux de sa harpe la sombre jalousie de Saul ; Chéron, les fureurs aveugles d'Achille et Timothée de Thèbes, dérider ou assombrir, à son gré, le front d'Alexandre le Grand.

La lumière bleue ayant tout à la fois, d'après le Dr Ponza, une action physiologique sur l'âme et les nerfs optiques, nous avons dû commencer tout naturellement par l'étude de l'influence de cette couleur sur l'excitation maniaque, nous promettant d'essayer le rouge et le violet si nous arrivions à un résultat satisfaisant.

Notre chambre est située au premier étage, regardant le sud-est, les rayons lumineux y pénètrent, libres de toute entrave, à travers des carreaux d'un bleu clair et viennent se refléter sur des murs et une porte vitrée de la même teinte ; à certaines heures de la journée ils baignent tout l'appartement. Au loin de grands arbres et un village coquettement assis sur le coteau se confondant avec le bleu du ciel.

La première malade soumise à notre examen était atteinte d'une paralysie générale au début, avec une excitation maniaque intense, à un tel point que nous fûmes obligé de la maintenir sur un fauteuil. Trois longues heures s'écoulent sans amener la moindre tendance au calme, la lumière

semble la fatiguer, les paupières sont restées closes pendant toute la durée de l'expérience, la température a été invariable.

Les jours suivants nous donnent, également, un résultat complétement négatif.

La seconde présentait une manie aiguë avec refus passager d'aliments : même déception, même tentative infructueuse.

Nous ne fûmes pas plus heureux avec une foule d'autres malades et notamment avec une hystérique. « C'est original, cette chambre bleue, » dit-elle en sortant. Ce fut tout.

Notre savant confrère est dans le vrai lorsqu'il affirme que le bleu produit une sensation d'oppression étrange; faut y ajouter un peu de vertige et une certaine fatigue qui ne va jamais jusqu'à produire la plus légère somnolence; on est plutôt ennuyé qu'abattu (1).

(1) Le médecin en chef de l'asile des aliénés de Moscou, que nous entretenions de ce nouveau traitement, nous a dit l'avoir essayé sans plus de succès.

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DU NOMMÉ B...

INCULPÉ DE TENTATIVE DE MEURTRE

LYPÉMANIE, DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS, HALLUCINATIONS;

ORDONNANCE DE NON LIEU

Par M. le Dr V. COMBES
Directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés
de Ste-Gemmes-sur-Loire.

Je soussigné V. Combes, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Ste-Gemmes-sur-Loire, invité par M. le juge d'instruction d'Angers à procéder à l'examen des facultés mentales de B... (Henri), inculpé de tentative de meurtre, à faire connaître, d'après son état actuel, quel était l'état au moment du crime sous le rapport de la responsabilité morale qui doit en résulter pour lui, j'ai, après le serment d'usage, visité et observé le dit B.., pris connaissance des pièces contenues au dossier judiciaire, recueilli d'ailleurs tous autres renseignements qui m'ont paru utiles et dressé le rapport suivant :

Le 13 juin, dans la soirée, un individu pénétrait dans la cour de la boulangerie de secours mutuels; à la vue des garçons qui le prenaient pour un voleur, il montait sur des

fagots, franchissait un mur et sautait dans la cour voisine, puis tirait un coup de revolver dans la direction de ceux qui le poursuivaient.

A l'arrivée des gendarmes qu'on avait prévenus, cet individu se rendit et livra spontanément l'arme dont il venait de se servir.

On trouva sur lui entre autres objets des cartouches pour le pistolet et deux fioles contenant des médicaments.

Il dit se nommer B... (Henri), être né à Ch..., et être âgé de vingt-six ans.

Il était descendu quelques heures auparavant du train de Bordeaux, avait parcouru les rues d'Angers; puis se croyant poursuivi était entré dans cette cour. Enfin il aurait tiré pour effrayer ceux qui le poursuivaient et en même temps pour avertir la police.

Il ne paraissait pas jouir de toutes ses facultés mentales, avait constamment l'air effrayé et répétait souvent : « Je sais bien que vous allez me tuer; mais, je vous en prie, attendez à demain, » et cela malgré les assurances qui lui étaient données.

Le 15 juin, répondant aux questions de M. le juge d'instruction, B... confirma ce qu'il avait dit, et ajouta : « j'étais poursuivi depuis longtemps déjà; je m'étais présenté dans plusieurs hôtels où l'on n'avait pas voulu me recevoir; alors pour éviter ceux qui me poursuivaient, j'ai été me réfugier dans cette cour où je me suis couché sur du foin. Je ne sais pas ce que ces individus ont contre moi ; ils m'ont déjà poursuivi à Bordeaux, où l'un d'eux m'avait mis en joue avec un revolver; c'est pour cela que j'en ai acheté un. »

A la prison, B... continua à paraître déprimé et effrayé; il craignait qu'on l'empoisonnât, et, pour ce motif, resta près de quatre jours sans manger. Ce n'est que sur les instances de son père et de sa mère qu'il se décida à prendre des aliments.

L'état mental de B... ne paraissant pas normal, c'est alors

que je fus commis à l'effet de l'examiner; et pour plus de facilité, il fut envoyé à l'asile le 25 juin 1870.

Voici ce que j'ai remarqué en lui et les renseignements que j'ai pu recueillir à son sujet :

Du côté paternel et du côté maternel il a hérité de prédispositions à la bizarrerie et à l'excentricité. Son intelligence était un peu au-dessous de la moyenne ; il a été dans plusieurs institutions ecclésiastiques, mais n'a jamais rien pu faire; enfin, comme il se destinait au commerce, il quitta le collége de Vannes à l'âge de dix-sept ans et n'étant encore qu'en quatrième. Un coup de boule reçu à la tête et des chutes graves, dont une avec perte de connaissance, purent bien aussi déterminer en lui un certain ébranlement. D'un autre côté, rentré chez lui, il se trouva dans une situation peu favorable pour le raffermissement de son intelligence ; c'est-à-dire entre une mère peut-être trop faible pour lui et un père peut-être trop rude et trop brusque. Enfin je dois signaler que quand il était tout jeune, vers dix ou douze ans, son grand-père s'amusait à le faire boire pour lui donner au moins une pointe de gaieté.

B... fut envoyé à Paris, dans un magasin de confection, chez de braves gens qui s'occupèrent de lui avec intérêt; mais il ne put y rester et il entra dans un magasin de soieries en gros où il eut moins d'avantages et fut plus isolé.

Il n'y resta pas davantage; il se plaignait déjà de palpitations et de maux d'estomac qu'il attribuait à ses chutes. Il ne voulait rester nulle part, si ce n'est auprès de sa mère.

Il revint donc à Ch..., mais se retrouva encore en désaccord avec son père qui le trouvait trop jeune pour le lancer dans sa clientèle. B... va alors à Nantes pour chercher une position, se met à fréquenter des officiers et finit par s'engager comme soldat par dépit et pour contrarier son père.

Au régiment il fit d'abord son service avec activité, puis il ne tarda pas à ne plus le faire que mollement et même à en être absolument dégoûté. C'est alors qu'il contracta l'habitude d'user assez largement de vin blanc et de spiritueux. Il s'arrangeait cependant de façon à y mettre une certaine mesure et n'allait que rarement jusqu'à l'ivresse. Ses maux d'estomac augmentaient. Après cinq ans de service B... rentra chez lui en octobre 1869; mais il se retrouva dans la même situation qu'auparavant. Il voulait rester auprès de sa mère; le père s'y refusa encore et tint à ce qu'il allât ailleurs étudier le commerce des vins; par l'intermédiaire d'un ami, il le plaça dans une maison de Bordeaux.

Dès cette époque les personnes qui connaissaient B... purent remarquer quelque modification dans son caractère, sans cependant y attacher beaucoup d'importance.

A Bordeaux, l'isolement, la contrariété ou diverses impressions, ou encore l'évolution spontanée de la maladie transformèrent ses idées et les faussèrent davantage. Cependant les diverses personnes qui le voyaient habituellement n'allaient pas jusqu'à le croire fou.

Il avait été très-contrarié que sa famille eût manqué un héritage sur lequel, paraît-il, elle pouvait compter. Il avait aussi souvent à l'esprit l'impression que lui avait causée la vue des cadavres exposés dans le caveau St-Michel. Il avait été particulièrement impressionné par la vue de tous les membres d'une famille empoisonnée par des champignons.

Un jour il trouva un bouton de cuivre dans un plat de petit pois; il changea immédiatement de restaurant; une autrefois ce fut de la viande qui ne lui parut pas naturelle; il en ramassa un morceau pour le faire analyser; une autre fois encore ce furent des médicaments qui n'étaient pas de bonne nature et qu'il vit se décomposer.

Les allures d'un de ses voisins lui parurent suspectes

et il vit des intentions hostiles à son égard dans tous les dires, faits et gestes de cette personne. C'est sous l'influence de l'idée qu'on le poursuit et qu'on veut se défaire de lui qu'il se procure un revolver. La dernière lettre écrite à sa mère, à la date du 10 juin 1870, donne une idée exacte de ses préoccupations délirantes; j'aurais voulu n'en donner que des extraits; mais tout me paraît devoir être transcrit, et en en respectant la facture.

« Bordeaux 10 juin — Chère mère — Votre lettre m'a fait bien du mal : c'est le dernier coup de massue, comment être trahis par sa mère; mais non : c'est que si vous me dites qu'il n'y a pas de danger, vous le pensez comme vous le dites; puis vous me traitez de fou quand je suis certain de mon fait, est-il possible que vous soyez aveuglée au point de ne pas remarquer l'animosité qui règne contre moi. — Tenez, chère mère, je vais vous dire ma façon de penser : car je suis bien triste, et je me demande pourquoi on veut la mort d'un pauvre innocent, qui n'a jamais fait de mal à personne et qui n'a même plus sa mère pour lui confier ses peines, pour lui dire que peut-être demain n'existera plus, et que n'ayant pu le faire périr par le poison, ses ennemis chercheront à le tuer par le fer. Car voilà mes idées et mon existence. — Si vous saviez quel effort d'imagination, quel pénétration il m'a fallu pour en venir là; vous seriez étonné, pourtant je suis surs de ce que j'avance.

» Tous les jours jamasse de nouvelle preuve et si je parviens, après mille embûches à éviter une mort tragique, je pourrai peut être devenir la cause de tant d'acharnement de la part d'homme que je ne connais pas.

» Je vois, d'ici quelques jours, venir une catastrophe. Du moins quand il ne sera plus temps, j'espère bien que vous me plaindrez. Je ne demande aucune larme à mon père.

» Quoique peut être, si je savais la raison de sa haine, je ui pardonnerais; car il ne doit être qu'un instrument

contre moi, contre moi *qui n'est peut être pas son fils* (les mots soulignés sont rayés dans l'original) car sans cela il n'agirait pas ainsi à mon égard.

» Maintenant vous me direz pourquoi je ne vais pas avertir la police : parce qu'elle me répondrait que, sans preuve palpable, je suis un fou. Aussi j'attends avec courage un dénoûment quelconque. D'ici peu, si je succombe, l'homme qui est en face de ma chambre n'y sera pas étranger.

» Encore une fois, chère mère, ne montrez pas cette lettre à mon père. Quand vous pourrez, envoyez-moi de l'argent, car je suis obligé de changer de restaurant ; on finirait par m'empoisonner tout à fait. Je souffre déjà bien assez de celui qu'on m'a fait prendre ; qui me brûle et que je ne soigne pas : car je n'ai confiance dans personne ; si ce n'est en vous ; et pour moi la moitié du genre humain est un composé de misérable qui massacrerait l'autre moitié pour en hériter.

» S'il m'arrive malheur ayez le courage de déposer cette lettre à la justice.

» Chère mère, si mon mal d'estomac continue, *je vais être obligé d'avertir la justice* (les mots soulignés sont rayés dans l'originnal) ; je vais être obligé de cesser le commerce pour me faire soigner et peut être de revenir à la maison. Toujours est-il que je ne vais plus aller chez M. C..., pendant quelque temps, pour me faire soigner, seulement le médecin et les remèdes me coûtent très-cher.

» Je vais écrire une lettre que je vais adresser à mon père pour lui accuser réception de ses cents francs.

» Votre fils respectueux : H. B.

» Si cela continue, je vais quitter Bordeaux. »

Et de fait il quitta Bordeaux le lendemain sans avoir prévenu personne. Il se rendit à Périgueux chez un camarade qu'il n'avait pas vu depuis longtemps et qui lui fit fête. Il soupa et coucha chez lui. Le lendemain 12 juin, il

se mit à table pour déjeuner ; mais avant d'avoir rien pris, il se leva de table, prétextant une course indispensable en ville et partit sans avoir revu son ami.

En route son état d'excitation et sa conversation attirèrent l'attention de quelques voyageurs et des employés. Un prêtre du côté de Coutras voulut même le retenir, probablement dans la crainte de quelque accident.

Entre Tours et Angers, une connaissance de la famille qui fit une partie de la route avec lui, le jugea complétement fou.

B... racontait et raconte encore que du côté de Limoges, sous un tunnel, le train qui l'emportait avait essuyé le feu de plusieurs batteries d'artillerie : c'était un carillon épouvantable ; les balles sifflaient à faire frémir; il y a eu plusieurs portières brisées et il aurait dû périr cent fois pour une.

B... arrive à Angers dans les mêmes dispositions d'esprit ; il voit du poison partout, des ennemis partout ; des gens qui le poursuivent depuis Bordeaux. Il dit avoir été repoussé dans deux ou trois hôtels ; il ne sait plus ce qu'il a fait de 6 heures à 8 heures et demie du soir ; il a bu et mangé dans un restaurant, mais il ne sait pas où. Il avait toujours soif ; mais bien qu'il ne prît que des boissons rafraîchissantes, tout ce qu'il prenait lui brûlait la poitrine. Il pense alors à aller chez une de ses tantes ; malheureusement il ne la trouva pas. Il se remit à marcher sans presque savoir où il allait ; et, enfin par fatigue ou par frayeur, peut-être les deux (*il prétend qu'un homme le filait*) il se précipita dans la cour de la boulangerie de secours mutuels sans savoir où il était. On connaît maintenant ce qui suivit.

A la prison, B... est resté plusieurs jours sans manger et cela par suite des mêmes craintes d'empoisonnement.

Amené à l'asile le 25 juin, il a été pendant plusieurs jours relativement bien, mangeant facilement et se louant

du régime de la maison ; il jouait quelquefois et causait volontiers avec les personnes qui se trouvaient avec lui ; puis peu à peu cette disposition d'esprit changea. La dépression et le refus de répondre parurent, ainsi que les difficultés pour prendre des aliments et des soupçons à l'égard de nos intentions pour lui.

Le 11 juillet, il paraît excité, me répond avec aigreur, m'accuse de continuer le système d'empoisonnement qu'on pratique depuis longtemps sur lui ; il le sent bien et sait à quoi s'en tenir. « Mais cela, ajoute-t-il, ne durera pas. » Et quand on lui demande s'il a des preuves de ce qu'il avance.

« Ah ! oui, des preuves ; c'est cela et toujours cela, est parce qu'on ne trouve rien, est-ce à dire que vous en agissiez moins ? »

Il accuse ensuite les gardiens de lâcheté. A la suite d'un bain, il paraissait plus calme : « ce n'est pas étonnant, me dit-il, votre moyen de me faire taire était infaillible. »

Il se promène parfois avec une certaine agitation : il se lève aussi quelquefois la nuit ; il dit qu'il a envie de battre quelqu'un, et manifeste même un peu d'incohérence. Puis il redevient calme, taciturne, s'isole et fuit les personnes avec lesquelles il paraissait bien. Il fait souvent des difficultés pour manger et refuse obstinément de prendre la tisane et les médicaments qui lui sont prescrits ; son idée fixe est toujours la même : « on veut l'empoisonner. »

J'ai insisté sur cet historique, parce qu'il me semble que presque toute la question est là et que les conclusions en sortiront naturellement et directement.

Les conceptions délirantes probablement entretenues par des hallucinations, se sont manifestées à l'asile et dans des conditions qui ne peuvent me faire supposer la simulation.

Ce que nous avons vu et entendu ici, est parfaitement

d'accord avec tout ce qui est énoncé dans la lettre que j'ai transcrite et qui met à nu le trouble mental de B...

Les antécédents eux-mêmes faisaient pressentir l'anomalie ; le terrain était préparé pour l'irrégularité : prédisposition héréditaire ; éducation pleine de contrastes, faiblesse de la mère, rudesse du père ; causes physiques graves (les diverses chutes) ; puis le désœuvrement de la vie militaire et les excès alcooliques ; contrariétés par suite d'un nouvel éloignement de la maison paternelle et enfin déception provenant de la perte d'un héritage important. Le tout réuni devait conduire non-seulement à un mauvais résultat, mais même à une catastrophe.

Pour moi, B... est atteint de lypémanie avec alternatives d'excitation et de dépression, prédominance d'idées de persécutions, s'agençant avec des velléités vaniteuses et d'ambition (on a des motifs de se défaire de lui, on veut y arriver par le poison, il n'est peut-être pas le fils de son père, mais de quelque personnage) et hallucinations et illusions de la vue, de l'ouïe, du goût et peut-être du toucher.

L'acte commis par B..., dans la soirée du 13 juin, peut parfaitement s'expliquer dans le sens qu'il a émis lui-même ; il est la conséquence de sa disposition d'esprit, disposition qui a été la même avant le départ de Bordeaux, pendant le voyage de cette ville à Angers par Périgueux, et enfin pendant son séjour en prison et maintenant à l'asile ; le début de ce trouble mental remonte au moins à plusieurs mois.

En supposant même qu'il ait eu l'intention de tirer sur les personnes qui le poursuivaient, et non simplement de faire du bruit pour attirer la police, il aurait tiré sur des ennemis imaginaires qui eux-mêmes en voulaient à sa vie. Il a agi sous l'empire d'idées fausses et d'hallucinations, partant sous l'empire d'un mobile incompatible avec la responsabilité morale ; il a agi en aliéné, comme il avait

agi à Bordeaux et à Périgueux, comme il a agi en prison et à l'asile ; j'estime donc que B.. Henri doit être considéré comme aliéné et traité comme tel.

Fait à Ste-Gemmes-sur-Loire le 18 juillet 1870.

Signé : Dr V. Combes.

Une ordonnance de non lieu a été rendue à la suite de ce rapport et M. B... mis à la disposition de l'autorité administrative, a été maintenu à l'asile.

Au registre ont été consignées les notes suivantes :

1870. *Août* : un peu mieux.

Septembre : surexcitation.

Novembre : l'amélioration reparaît :

Décembre : nouvelle excitation.

1871. *Janvier et février* : se plaint d'être incommodé par le fluide spirite.

Mars : inconvenant en présence de son père.

Avril-juillet : tranquille, mais toujours dominé par les idées de magnétisme et de spiritisme.

Août : au matin à peine arrivé à la salle de réunion, il entre en fureur, brise quinze carreaux de vitre, profère d'horribles menaces, crache à la figure du médecin qui fait la visite, cherche à mordre, etc. — Le lendemain il lui fait des excuses, dit qu'il a été un peu vif et ajoute : « que voulez vous? c'est le fluide ; le fluide me dirait de tuer ma mère, je la tuerais. »

Septembre : assez calme, mais même délire.

1872. A diverses reprises est porté à des actes de violence et toujours par le « maudit fluide. »

1873. Le délire des persécutions est toujours aussi accentué, M. B... craint d'habiter le pensionnat ; le fluide qui vient du centre de l'administration est trop fort. Il préférerait résider au quartier des agités qui est plus éloigné.

Novembre et décembre. Se porte contre ses camarades à des actes de violence — « toujours le fluide.

1874 et 1875. Même délire et parfois mêmes tendances.

1876. Les idées sont les mêmes ; mais les impulsions ne reparaissent qu'à de plus longs intervalles. Il y a un peu affaiblissement des facultés. V. C.

Société médico-psychologique.

Séance du 31 juillet 1876. — Présidence de M. Delasiauve.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les derniers numéros de la *Tribune médicale.*

2° Le n° 7 de l'*Année médicale, Journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados.*

3° *Bolletino del privato manicomio Fleurent a Capodichino in Napoli.*

4° *L'art dentaire.*

5° Une brochure de M. le Dr Semal, membre associé étranger, *sur la situation morale et légale et le placement des aliénés criminels et dangereux.* M. Bouchereau est chargé de faire un rapport verbal sur ce travail.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre, par laquelle M. le secrétaire général s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et qui contient quelques nouveaux renseignements sur la question du local. « La question de notre installation dans la salle de la Société d'anthropologie, dit M. Motet, est toujours pendante. Il y aura une démarche préalable à faire auprès du bureau de la Société d'anthropologie, peut-être même une lettre à écrire au président. Cette démarche m'a paru assez délicate pour que je n'aie pas cru devoir la faire sans consulter le bureau de notre Société. J'avais l'intention de porter cette question aujourd'hui devant lui; j'ai l'honneur de vous demander, monsieur le président, si vous ne trouveriez pas bon d'attendre jusqu'à la fin de septembre avant de rien tenter d'officiel. Nous sommes en vacances jusqu'à la fin d'octobre, nous avons tout le temps d'aviser. »

2° Des lettres de MM. Collineau et Voisin s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3° Une lettre de M. Dagonet, remerciant la Société des remerciements qu'elle avait chargé M. le secrétaire général de lui adresser au sujet de l'envoi de son livre.

4° Une lettre par laquelle M. le Dr Augusto Tamburini, mé-

decin du manicôme de Reggio-Emilia, aide de la clinique des maladies mentales de l'Université de Modène, sollicite le titre de membre associé étranger, et fait hommage à la Société de divers travaux à l'appui de sa candidature.

Une commission, composée de MM. Legrand du Saulle, Motet et Ritti, est chargée d'examiner les titres de M. Tamburini.

5° M. J. Falret présente, de la part du Dr Krafft-Ebing, professeur de psychiâtrie à Gratz, un article extrait du *Psychiatriche-Centralblatt* et qui traite de l'enseignement psychiâtrique en Allemagne. « L'auteur, dit M. Falret, expose les différentes formes données à cet enseignement dans divers pays et surtout en Allemagne. Dans ce pays, les asiles d'aliénés situés dans les villes universitaires sont utilisés pour l'enseignement de la clinique psychiâtrique; toutefois ce ne sont pas des médecins étrangers à l'établissement, mais les médecins mêmes de ces asiles qui sont chargés de cet enseignement. Je demande à la Société la permission de lire les dernières lignes de cette brochure : « Des cliniques psychiâtriques, créées d'après ces idées, se trouvent à Berlin, Vienne, Breslau, Strasbourg, Würzbourg, Gratz, Bâle; d'autres sont en projet à Kœnigsberg, Heidelberg, Munich, Leipzig.

On utilise les asiles voisins dans un but clinique à Berne, Zurich, Vienne, Prague, Insbruck, Erlangen, Gœttingen, Greifswald, Halle, Iéna ; on projette d'en faire autant à Bonn.

A Heidelberg, Kiel, Leipzig, Giessen, Marburg, Rostock, Tubingen, Fribourg, l'enseignement de la psychiâtrie est encore avant tout théorique et manque même encore complétement par-ci par-là. »

De la peur des espaces (agoraphobie des Allemands).

M. Legrand du Saulle. — Sous le nom de *peur des espaces*, je désigne un état névropathique particulier, caractérisé par un sentiment d'angoisse et de terreur, sans perte de connaissance, bien distinct du vertige, et se produisant en présence d'un espace donné.

La lecture des observations fera mieux comprendre cette anomalie psychique, qui n'a pas été décrite jusqu'ici par les auteurs français, excepté par le Dr Perroud qui a publié dans le *Lyon médical* (année 1873) un très-estimable travail sur l'agoraphobie. Cette dernière dénomination, acceptée par Cordes et Westphall, m'a semblé trop restreinte, et ne s'appliquer qu'imparfaitement aux exemples cités par ces auteurs et aux

faits que j'ai observés. Les malades ont peur de l'espace, et cela, tout aussi bien dans la rue qu'au théâtre, ou dans une voiture publique, que dans une barque ou sur un pont ; de sorte qu'en adoptant un terme assez vague, je crois rendre plus exactement ce phénomène complexe et je pense que cette appellation, substituée à celle d'agoraphobie, ne perd absolument rien à être exprimée en français.

La peur des espaces se présente souvent au moment où les malades quittent une rue pour arriver sur une place. Ils éprouvent un cortége de symptômes subits que j'analyserai plus loin, et il leur semble qu'ils ne pourront jamais traverser cette place. A l'approche des maisons, tout rentre dans l'ordre. De longues murailles, des rues dont les boutiques sont fermées leur causent la même anxiété, qui diminue s'ils aperçoivent une voiture ou s'ils donnent le bras à quelqu'un. Ce phénomène se produit à l'église, au théâtre, dans un concert, dans les endroits où se presse la foule, et même dans un milieu moins vaste, dans les omnibus ou en voiture ; toutefois la peur est moins forte s'ils pensent rencontrer des personnes de connaissance. Même angoisse en présence d'une perspective fuyante, d'une façade étendue, d'un pont aux arches nombreuses, d'une longue voûte soutenue par des colonnes. Brucke, cité par Westphall, connaissait un prêtre qui se trouvait assailli d'une profonde terreur lorsqu'il était dans un lieu sans voûte ou sans plafond ; à la campagne, il marchait le long des taillis, recherchait l'abri des arbres, ouvrait en plaine son parapluie sous lequel il était plus rassuré, et n'éprouvait pas l'angoisse caractéristique de la *peur des espaces*.

Cette angoisse se manifeste par un serrement de cœur instantané : le cœur bat avec violence ; le visage rougit, un sentiment de faiblesse se déclare dans les membres inférieurs, les jambes fléchissent, il semble qu'elles vont se refuser à soutenir le poids du corps. Les malades accusent des fourmillements et souvent une sensation d'engourdissement et de froid. D'après Cordes, le *tremor* pourrait servir de critérium à cette affection, car il se manifeste au moment de l'accès, chez des sujets vigoureux, bien musclés, qui peuvent fournir les plus grands travaux et supporter de longues courses sans fatigue. Enfin Haz a signalé des sueurs profuses sous l'empire de cette crainte inopinée. Quelques malades ont peur de divaguer, de crier, ou éprouvent une envie irrésistible de pleurer. Un de ceux qu'il nous a été donné d'observer ne pouvait sortir seul, et

présentait, à l'inverse des cas cités par Westphall, une peur très-grande de rencontrer dans la foule des personnes qui le connussent. Lorsqu'il ne pouvait se dérober à leur vue ou à leur rencontre, ses jambes fléchissaient, il cherchait un prétexte, s'enfuyait par les rues écartées, et regagnait son domicile, dans une course folle.

Avec une connaissance complète de cette aberration passagère, ces malades sont impuissants à obéir au raisonnement qui leur démontre l'inanité de leurs craintes, circonstance d'autant plus digne d'intérêt que la plupart appartiennent à la classe libérale et sont doués d'une grande intelligence. Ils ont conscience de tous les phénomènes de cette crise de frayeur, et ceux qui ont été pris de vertiges en voyage, dans les ascensions, sur le bord des précipices, savent différencier très-nettement cet état de ce qu'ils ont ressenti à ces moments-là. *Tous* redoutent d'être considérés comme fous et s'ingénient à trouver des moyens, autant pour éviter que pour expliquer leurs attaques. Un malade de Westphall, sous prétexte de craindre une attaque d'épilepsie, prétend qu'il ne peut sortir seul; d'autres, pour traverser une place, une rue peu fréquentée, longent les murs à la dérobée, se glissent derrière les voitures, accostent une femme qui passe, suivent furtivement les traces d'un compagnon ou prennent le bras d'un ami. L'appui ne dissipe pas toujours leurs craintes et ils se disent subitement indisposés; quelques-uns ont besoin d'un compagnon qui ne les quitte jamais. L'un de mes malades ne peut sortir sans sa femme. Presque tous se trouvent soulagés par l'appui d'une canne ou d'un parapluie. On en voit qui, après avoir traversé une place, ne peuvent regarder derrière eux ou revenir sur leurs pas sans éprouver la même terreur; d'autres restent immobiles au milieu d'un vaste espace, attendant le passage d'une voiture ou d'une personne. Certains voient l'espace s'allonger à l'infini, dans une perspective démesurée, et croient que leurs pas se rapetissent, que l'espace s'accroît au fur et à mesure qu'ils avancent : un arbre, un passant, une colonne dissipe leurs alarmes ou leur procure un calme relatif qui devient complet, lorsque, de l'espace où leur terreur s'est développée, ils arrivent à un endroit différent. Des réflexions profondes, une distraction passagère l'attrait d'une conversation peuvent empêcher la crise de se produire. Quelques malades n'éprouvent ces symptômes qu'à la ville, et peuvent supporter la vue de grandes plaines verdoyantes; cependant un des malades de Westphall disait que s'il se trouvait

en plaine, il tomberait, se collerait le visage contre terre, en s'accrochant à l'herbe. Le soir, mêmes phénomènes : la peur de l'espace se manifeste dans les rues solitaires, et la lueur d'une lanterne, la vue d'un fiacre, la présence d'un compagnon à distance, empêche l'angoisse de se produire. Quelques malades expliquent que ces simples circonstances leur donnent de l'assurance et leur permettent de compter sur un secours en cas d'accident morbide.

Dans la plupart des observations, on remarque une atténuation de l'intensité des angoisses par l'usage des spiritueux ou après un bon dîner.

Début. — Ces accidents débutent en général dans le cours d'une santé florissante, et s'il existe antérieurement un état de souffrance de l'organisme, rien ne permet d'y rattacher la *peur des espaces* envisagée comme un état mental *idiopathique.* Au contraire, lorsque la maladie est *symptomatique*, elle s'enchaîne à d'autres manifestations qui la produisent graduellement, de sorte qu'elle constitue non plus une entité morbide, mais un incident de l'acte pathologique qui domine la scène, incident qui n'a rien d'imprévu, qui tire son origine d'une lésion connue, et qui suit les oscillations de la maladie principale qui l'engendre. C'est de cette forme deutéropathique dont il est à la fois question dans les mémoires de Cordes et de M. Perroud.

Un certain nombre de malades sont depuis longtemps sujets à des maux de tête ; beaucoup voient des bluettes, phénomène héréditaire chez quelques-uns. Enfin on constate dans la moitié des cas environ une prédisposition nerveuse qui s'accuse par des tremblements passagers, des palpitations, de l'insomnie, sans irritabilité, et sans troubles intellectuels. J'ai noté dans plusieurs observations une émotivité naturelle, des sensations de chaleur à l'occiput, et des évanouissements assez rares. S'il existe parfois des troubles dans les fonctions digestives, le plus souvent l'estomac est sain, et les faits de Cordes dans lesquels l'on peut relever des troubles profonds de la nutrition donnant lieu à l'épuisement cachectique, rentrent pour cette raison dans la catégorie de l'agoraphobie secondaire.

Un de mes malades présentait une diarrhée habituelle, sans aucune réaction sur l'état général.

Les vomissements n'ont jamais existé.

Les fonctions génitales sont également respectées et si quelques malades éprouvent des pollutions nocturnes, ils n'en ont pas moins aptes à accomplir leurs rapports sexuels. Tou-

tefois j'ai relevé un cas d'anaphrodisie dans les antécédents chez un malade, jadis épileptique, qui fait le sujet de l'une des observations de Westphall.

Il est rare de rencontrer un état morbide dans le domaine des sens, et si quelques malades sont atteints de troubles du côté de l'accommodation, ces derniers existaient bien avant le développement de la *peur des espaces*. Nous verrons que la théorie de Benedict, dans laquelle ces troubles jouent le rôle principal, est aujourd'hui complétement abandonnée, grâce à l'observation précise et à l'argumentation de Westphall.

La peur des espaces se déclare d'une manière brusque. Dans un fait que j'ai observé, un homme vigoureux, dans une promenade en mer, se trouve indisposé, monte sur le pont, et le lendemain, éprouve tous les symptômes du mal que nous décrivons : jusqu'à ce jour, santé parfaite; et depuis, peur des espaces, sans aucune autre manifestation morbide.

Un malade de Westphall avait à visiter sur une large avenue, une maison isolée des autres habitations : il ne put dépasser ces dernières et fut forcé de revenir sur ses pas : c'est depuis ce moment qu'il éprouve la peur des rues sans boutiques. Le même auteur rapporte aussi le cas d'un ingénieur atteint dans son enfance de symptômes d'épilepsie et il rattache nettement le début de sa maladie à des propos de famille qu'on avait tenus sur la difficulté qu'éprouverait ce malade à sortir seul.

Dans la seconde observation de Cordes, un professeur est frappé subitement au milieu de son cours. Plus loin nous voyons un malade en proie à la maladie de Basedow qui contracte brusquement cette crainte des espaces dans une partie de patinage.

Quand les accidents se développent avec lenteur, la *peur des espaces* est secondaire. J'en prends au hasard deux exemples dans les deux premières observations de M. Perroud.

1er *cas*. Un individu nerveux est pris dans la rue de coliques avec sentiment de faiblesse des membres inférieurs; plus tard, de crainte de les voir ployer, il évite de sortir, et lorsqu'il est dehors, cette inquiétude se change en frayeur. Deux mois après, il éprouve une angoisse inexprimable dans une rue ou sur une place. Nous suivons bien dans ce fait la gradation des phénomènes : faiblesse initiale, peur de choir, crainte de sortir, et enfin, angoisse dans la rue. Cet enchaînement n'est donc pas une fiction.

2e *cas*. Un cuisinier, alcoolique et goutteux, éprouve des

douleurs articulaires aux pieds et aux genoux. Des étourdissements se manifestent depuis huit à neuf mois; l'arthrite ostéophytique fait des progrès et gêne la marche, malgré l'aide d'une béquille. Cet homme hésite à sortir, et bientôt la crainte qu'il éprouve se change en véritable terreur, lorsqu'il est dehors. Dans ce cas, même gradation, même enchaînement. L'état mental est identique à celui qu'on observe dans la forme primitive, mais il en diffère essentiellement par son mode d'origine.

Étiologie. Je possède très-peu de notions concernant l'étiologie de la *peur des espaces*. Idiopathique, elle naît brusquement au milieu des circonstances les plus variées sans qu'on puisse dans l'état actuel de la science lui assigner de cause connue.

Il n'en est pas de même de l'agoraphobie secondaire. On en jugera par ce passage extrait du mémoire de M. Perroud.

« Un malade est sujet à des vertiges ou à des défaillances » dans les membres inférieurs; il hésite alors à s'aventurer » loin des objets qui pourraient lui servir de point d'appui; » en cas d'accident, dans les rues, il se tient à la portée des » maisons, c'est avec une certaine appréhension qu'il traverse » la chaussée, et son appréhension est plus grande encore » quand c'est une place qu'il lui faut franchir; peu à peu, » l'état névropathique aidant, cette appréhension devient ma- » ladive et c'est bientôt de la terreur et une véritable angoisse » que le sujet éprouve quand il se sent seul et isolé, au milieu » d'un espace étendu; c'est une sorte de terreur du vide qu'il » ressent, il est comme cloué en place, et ne peut plus ni » avancer ni reculer, persuadé qu'il ne pourrait le faire sans » danger. »

La peur des espaces primitive affecte surtout les hommes, ceux de la classe élevée en particulier. Presque tous sont d'une intelligence au-dessus de la moyenne. On ne retrouve pas cette notion étiologique quand la maladie est consécutive.

J'ai noté la prédisposition nerveuse. Quelques malades comptaient des aliénés ou des épileptiques dans leur famille; chez aucun d'entre eux le mal n'était héréditaire, sauf dans les cas où l'affection était deutéropathique.

D'après la description qui précède, il semble qu'on peut sans difficulté reconnaître la *peur des espaces* : on l'a cependant maintes fois confondue avec le vertige simple, avec celui qu'a décrit Trousseau (vertige à stomacho leso) avec le vertige épi-

leptique, avec des manifestations de l'épilepsie, et enfin avec l'hypochondrie.

La différencier du vertige en général est chose facile, surtout lorsqu'il s'agit de malades qui ont été vertigineux, et qui savent distinguer le vertige des impressions qu'ils subissent dans la peur des espaces. Aucune sensation de tournoiement, pas d'abîmes entr'ouverts, absence de ce mouvement rapide que prennent les objets à portée de la vue, en un mot rien de la symptomatologie bien connue du vertige simple.

Le vertige décrit par Trousseau se rattache à un état de souffrance de l'estomac, tandis que dans mes observations, les digestions sont très-peu troublées ou ne le sont point du tout. Les malades en général conservent l'appétit et n'accusent aucun signe de dyspepsie.

Enfin, le meilleur point de repère pour bien différencier cette maladie d'autres états cérébraux, c'est qu'elle se reproduit sous l'influence de causes toujours identiques, en présence d'un espace déterminé et qu'elle cesse en dehors de cette circonstance. Ainsi que le fait remarquer Westphall, le cas est purement cérébral et doit même se distinguer de tout le groupe des maladies mentales, car il est lié à certaines conditions extérieures, puis il s'évanouit avec elles.

On distingue la peur des espaces de l'hypochondrie et de tout ce qui est psychique, en ce que le plus souvent il n'existe rien qui indique un état psychologique morbide du sujet. C'est pour cette raison que Westphall la considère comme une *névropathie*.

Pour bien faire saisir la différence qui existe entre cet état et l'hypochondrie, je résumerai une observation de Westphall où il assigne à l'agorapbobie son rôle exact de phénomène accessoire :

« Un marchand âgé de trente-neuf ans, très-actif, perdit connaissance au milieu d'un dîner, il y a huit ans. Quatre ans plus tard, il est saisi d'une grande anxiété; à ce moment, il écrivait, et fut obligé de courir dans la rue. Ces anxiétés se reproduisent souvent, et souvent alors il ne peut souffrir que sa femme s'éloigne de quelques pas. Il a peur d'être volé, d'éprouver un coup de sang, d'être attaqué, etc. Depuis deux années il redoute de se promener seul dans la rue... A la Bourse, il se fait accompagner d'un jeune garçon et d'un commissionnaire.

« Il aime à parler de sa maladie, et revient toujours sur cette même question, à savoir s'il ne sera pas frappé d'apoplexie, et

cela sur le ton d'une personne qui s'occupe peu do la réponse et s'apprête à renouveler la demande. Toutes ses idées roulent sur ses propres sensations et ses opinions. La mort imminente de sa femme ne lui cause qu'une seule inquiétude, celle de savoir quel effet ce malheur produira sur sa santé. »

Après avoir rapporté cette observation, Westphall fait remarquer qu'il y a chez ce malade un simple cas d'hypochondrie. Les anomalies psychiques y sont bien déterminées et durables, et les symptômes qui pourraient se rapporter à l'agoraphobie ne forment qu'une minime partie de l'affection.

Telles sont les diverses données que j'ai pu recueillir au point de vue clinique. Je suis prêt à y joindre toutes mes observations personnelles, dans le cas où une discussion viendrait à s'engager ici. Un mot maintenant sur los théories aussi variées que fantaisistes auxquelles cette névropathie a donné lieu.

M. Benedict, considérant la peur des espaces comme une variété de vertige, lui cherche une explication dans l'examen des yeux, et s'appuie sur un fait isolé de M. Stellwag, où l'on constatait une grande faiblesse du pouvoir convergent et de la vue latérale s'accompagnant de diplopie quand l'œil obliquait de 30°; il admet un défaut d'équilibre, entre les incitations que les images latérales produisent sur les muscles de convergence et celles qu'excite la tache jaune. Ce n'est qu'en fixant énergiquement un point, une voiture, que les individus peuvent supprimer les incitations provenant des parties latérales de la rétine et se rendre maîtres du phénomène.

Westphall objecte avec raison qu'il y a tout aussi bien des rayons obliques et des mouvements visuels de côté dans une chambre, une rue étroite, que sur une étendue plus vaste, comme une place, une plaine, etc.; de plus, dans la *peur des espaces* les malades n'accusent absolument que de l'anxiété, et s'ils éprouvent du soulagement par la présence d'une voiture, c'est qu'elle leur procure un degré de sûreté relatif, loin de jouer le rôle mécanique d'un point qui fixe leurs regards; et de plus leur inquiétude s'accompagne de la crainte de devenir fous.

Westphall ne s'est pas contenté de ces objections que les faits auraient pu contredire. Il a prié un ophtalmologiste de pratiquer avec soin l'examen des yeux de ses malades et l'on a pu constater que rien ne justifiait l'insuffisance des muscles internes de jouer un rôle même accessoire dans cette affection.

Cordes est du même avis et repousse l'hypothèse qui assigne

aux yeux le principal rôle. Il cite un fait qui permet d'apprécier le mode d'action d'une irritation irrégulière de la rétine occasionnée par des images mal venues, sur le système nerveux, et consécutivement sur la sûreté de la démarche. Un malade lui était adressé pour une affection nerveuse où l'on mettait en cause les nerfs cérébraux et en particulier le glosso-pharyngien. L'examen de la gorge lui fit découvrir deux énormes amygdales à l'hypertrophie desquelles se rattachaient les accès d'étouffement. Il y avait de plus trouble dans la démarche et vive anxiété. Il constata qu'un des yeux présentait une cataracte lenticulaire striée à la période initiale, tandis que l'autre offrait la même opacité à son degré d'évolution parfaite. Comme les images ne se produisaient qu'à travers cet obstacle, il en résultait, avec une certaine incertitude de la démarche, un sentiment de peur qui se déclarait principalement devant des surfaces brillantes, une glace par exemple. Ce malade traversait très-péniblement les places et ne réclamait l'aide de personne. L'alcool lui faisait mal.

Westphall s'est demandé s'il n'y a pas lieu d'attribuer à l'épilepsie cette peur des espaces qui s'accompagne fréquemment des phénomènes de *l'aura* : serrement de cœur, rougeur du visage, bluettes, sensation de chaleur remontant vers la gorge et la tête, évanouissements passagers, secousses musculaires, etc.; mais il faut remarquer que ce cortége appartient aux états névropathiques les plus variés et se rapportent au même titre à l'hystérie, à l'hypochondrie ainsi qu'à toutes les maladies cérébrales. Pour en faire un symptôme épileptique il faudrait se ranger à l'opinion de Griesinger, qui regarde les hystériques et les hypochondriaques comme des épileptiques à longs intervalles et à légers accès.

J'ai montré quelle différence sépare l'hypochondrie de la *peur des espaces*. L'existence de cette dernière chez le malade hypochondriaque de Westphall (cas cité plus haut) n'était que secondaire; le malade y songeait sans cesse, aimait à en parler, en faisait l'unique but de sa conversation etc. Rien de tout cela n'est à noter dans la *peur des espaces* où la maladie se reproduit en face de circonstances toujours les mêmes et qui ne frappe les malades que dans les circonstances données. Cordes regarde l'agoraphobie comme une paralysie fonctionnelle, symptomatique de certaines modifications survenues dans les foyers centraux moteurs, et capable de faire naître en nous des impressions. Dans l'espèce, ce serait une impres-

sion de peur qui donnerait naissance à la paralysie passagère, effet presque nul, si l'imagination entre seule en jeu, mais portée au plus haut degré par l'intermédiaire de circonstances extérieures.

En terminant, je prierai ceux de nos collègues qui auraient observé des cas analogues à ceux dont il vient d'être parlé, de vouloir bien les produire devant la Société. La science ne pourra qu'y gagner.

M. Falret. — Cette question de l'agoraphobie a été très-étudiée depuis quelques années à l'étranger et particulièrement en Allemagne. Depuis Westphall, près de huit à dix mémoires ont été publiés sur cette affection morbide en Angleterre et en Amérique, et aujourd'hui le nombre des observations qu'on possède sur ce sujet peut bien monter à 150. D'autre part, Morel ne nous a-t-il pas fait connaître tout un ensemble de faits se rattachant au sujet que vient de traiter M. Legrand du Saulle? Ces états névropathiques si complexes avec crainte de toucher ne viennent-ils pas à l'esprit quand on étudie l'agoraphobie, tant il est vrai que toutes les peurs sont solidaires? On peut donc se demander si l'agoraphobie n'est pas une crainte se combinant souvent, chez le même individu, avec d'autres craintes du même ordre. L'étude des observations nous montre en effet que tantôt l'agoraphobie existe seule, tantôt au contraire elle se combine avec d'autres craintes, telles que celle d'une épée nue, celle de tomber d'une fenêtre ouverte, de voiture, etc. Plusieurs malades même présentent aussi la crainte du contact des objets extérieurs en même temps que de l'agoraphobie. Tous ces exemples démontrent donc que les diverses espèces de frayeur peuvent se combiner de différentes façons et qu'en résumé elles sont solidaires. Quant à la question de l'agoraphobie, je crois qu'il y a deux ordres de faits distincts; dans le premier doivent se classer tous les malades qui ne présentent que de l'agoraphobie, dans le second entrent ceux chez lesquels cette affection est combinée avec d'autres craintes.

M. Fournet. — La Société veut-elle se borner pour le moment à recueillir sur ce sujet le plus de faits qu'il se pourra, en faisant appel à l'expérience personnelle de chacun de ses membres? ou bien veut-elle dès à présent chercher à pénétrer la nature de cet ordre de faits et à s'en faire une doctrine? Je suis à sa disposition dans les deux cas.

M. le président. — Ces deux points de vue se complètent

l'un l'autre ; s'il convient à M. Fournet de les réunir dans une vue d'ensemble, la Société l'écoutera avec plaisir.

M. Dagonet. — Mais M. Fournet a-t-il quelques observations à nous citer ?

M. Fournet. — Je crois en effet, messieurs, que c'est dans cette vue d'ensemble qu'est le véritable intérêt de la question. L'agoraphobie, c'est l'intimidation par les grands espaces à parcourir, par exemple une place ou même une large rue, au milieu du va-et-vient des voitures ; ou l'intimidation par le vide de l'espace envisagé du haut d'une croisée élevée ; cette dernière intimidation est poussée quelquefois jusqu'à la terreur et la paralysie morale, jusqu'à ne pouvoir habiter qu'un rez-de-chaussée. L'agoraphobie ainsi définie dans la crainte ou intimidation, n'est pour moi qu'une des formes innombrables sous lesquelles se traduit l'insuffisance psychique, préparée et aidée quelquefois par une insuffisance organique.

Cette insuffisance, ou simple ou double, ou spéciale à un ordre de conceptions et d'actions, ou plus ou moins générale, est le principe de la morbidité mentale en question. L'agoraphobie n'en est que la forme, c'est-à-dire n'est que l'application de ce principe à l'une des innombrables circonstances de la vie. C'est une bien petite épreuve assurément que celle de traverser une place sillonnée de voitures, avec sang-froid et quiétude ; ou celle d'envisager sans trouble l'espace qui s'ouvre sous une croisée, ou du haut d'une tour, d'un clocher ; tellement petite épreuve que tout le monde ou à peu près la subit et la surmonte incessamment. Eh bien ! telle est, en cela, la faiblesse d'esprit ou plutôt de caractère de certaines personnes, qu'elles sont insuffisantes même à cette épreuve si facile à tant d'autres.

Si l'on ne remontait pas au principe qui domine tous les faits analogues, c'est-à-dire tous les faits qui rentrent sous la même loi que l'agoraphobie, on serait fatalement conduit à créer autant de formes de cette insanité ou folie qu'il y a de circonstances dans la vie, c'est-à-dire qu'il y a d'applications possibles de ce principe, et l'on encombrerait la nosographie aliéniste de formes et de noms barbares, c'est-à-dire de matières verbales entassées sans ordre et sans lien logique. Le principe commun à tous ces faits, au contraire, est comme une lumière levée sur le chaos, qui éclaire, ordonne et relie toutes choses.

Ce défaut de trempe du caractère, auquel je ramène l'agoraphobie, vous le rencontrez et le reconnaissez sans difficulté, à

ce titre d'insuffisance morale, de faiblesse de caractère, d'impossession de soi-même, dans une infinité d'autres phénomènes morbides où l'on peut dire que l'agoraphobie et ses analogues sont en germe; par exemple : chez cet homme qui tremble comme une poule mouillée devant un fantôme de son imagination; chez ce superstitieux qui s'arrête court, devant une paille en croix qu'il a trouvée sur son chemin; chez ce convive qui est ébranlé dans son esprit par une salière renversée en face de lui, ou qui est saisi de terreur si l'on est treize à table; ou chez ces femmes, même d'un monde élevé et d'ailleurs de beaucoup d'esprit, quelquefois même de mérite, comme j'en ai connu, qui crient comme des folles à la vue d'une araignée ou d'une souris; ou chez ces jeunes gens qui savent les matières de leur examen, qui en donnent les preuves les plus péremptoires dans le petit cercle habituel de leurs maîtres et de leurs amis quotidiens, et qui se sentent et sont en effet paralysés, dans leur pensée et dans leur expression, devant des juges et un public, par la solennité de l'examen. Ne connaissons-nous pas tous des hommes de beaucoup d'esprit, d'une haute valeur intellectuelle, qui se sentent et se trouvent, en effet, réduits à l'impuissance et à une apparence d'imbécillité, par quelques visages peu sympathiques, qui leur font l'effet de la tête de Méduse? Chacun de vous pourrait multiplier ces exemples à l'infini, et y opposer, comme on oppose la virilité à l'enfance, la virilité morale d'un homme supérieur aux petites superstitions, aux fantômes imaginaires, aux folles terreurs sans vérité objective, aux défaillances devant l'épreuve; on pourra même y opposer ces âmes à forte trempe, dont la puissance morale rebondit et décuple devant les obstacles.

Pourquoi donc, reconnaissant ici un défaut, momentané ou permanent et plus ou moins spécial, de possession et de disposition de soi, c'est-à-dire un défaut de virilité morale, pourquoi donc ne reconnaît-on pas le même principe de faiblesse psychique, mais un peu plus développé, dans la terreur paralysante de l'agoraphobie, en face de l'espace et du vide, en face du danger imaginaire qu'on croit y voir?

Pourquoi? par l'effet du préjugé reçu, ici, en aliénisme, que ce sont là deux ordres de faits qui n'ont aucun rapport l'un avec l'autre; parce que ce préjugé place les premiers de ces faits dans la vie commune et sous l'empire de la vie morale, et réserve le dernier, l'agoraphobie, à la vie organique, en le drapant du prestige et des fatalités de la folie.

Eh bien ! permettez-moi de vous le dire, avec le respect affectueux que je dois à des collègues, c'est là une erreur profonde, qui suffit à stériliser tous vos efforts, et qui ne peut qu'égarer la science et la pratique de la médecine mentale.

M. J. Falret. — Mais, dans la discussion actuelle, il n'est pas question des principes moraux, ni de la distinction du bien et du mal qui, nous le reconnaissons avec M. Fournet, relèvent du libre arbitre. Nous traitons de l'agoraphobie, question essentiellement clinique, et dont nous devons chercher à bien rechercher la valeur sémiologique.

M. Fournet. — Vous venez d'entendre M. Falret vous dire avec conviction : « Les phénomènes purement moraux, le choix entre le bien et le mal, l'acceptation ou la répulsion des idées qui impliquent en elles le bien ou le mal moral et religieux, oui, cela relève du libre arbitre humain, cela peut dépendre de l'éducation reçue et par conséquent être modifiable par l'éducation; nous vous accordons cela ; mais c'est là le domaine tout spécial et exclusif de la morale et de la théologie. Les phénomènes aliénistes, l'agoraphobie comme les autres, sont d'une tout autre nature, n'ont rien à démêler avec les phénomènes moraux ; sont de caractère purement intellectuel, de source tout organique, et composent par là le domaine spécial de la médecine mentale. »

Voilà bien le *nœud* de la difficulté qui surgit sans cesse, et par la force des choses, au milieu de nous.

Eh bien ! je saisis au passage cette formule donnée par M. Falret de ce qui nous sépare, et je dis : c'est là précisément qu'est votre erreur. Vous composez, de l'ordre *intellectuel* que vous faites procéder de l'organisme, et de l'ordre *moral* que vous faites procéder on ne sait d'où, deux domaines étrangers l'un à l'autre, l'un que vous attribuez à la morale, l'autre à la médecine, sans leur reconnaître aucune connexité, sans leur permettre aucun rapport. Eh bien ! ces deux domaines n'en sont qu'un, en ce sens qu'ils sont prédestinés au même gouvernement, au gouvernement de l'homme par soi-même, au *self-government*. Ils sont tous deux le domaine de l'autonomie humaine où se reflète et doit se refléter l'unité de l'homme même. Le matérialisme qui ne reconnaît dans l'homme que l'être organique, viole la loi de l'indissoluble unité de ces deux substances, et ne peut engendrer qu'une fausse science et une funeste pratique. Le spiritualisme bâtard qui fait deux gouvernements, étrangers l'un à l'autre, de l'ordre intellectuel,

et de l'ordre moral, et qui rattache l'ordre intellectuel à l'être organique, comme à son générateur direct, viole l'unité humaine à un autre titre, et n'est pas plus heureux dans ses conséquences que dans son principe.

La vérité de la nature humaine, et par conséquent la science et le gouvernement rationnel de la vie humaine, sont là :

Par son être organique, l'homme n'a que des instincts, des impulsions, bons ou mauvais, selon que sa nature organique est normale ou morbide.

C'est par son être psychique, dont j'ai exposé ailleurs la loi de formation et de développement, qu'il entre en connaissance des lois de la vie, en possession et en gouvernement de soi-même, au sens ou à contre-sens de ces lois. La *connaissance* de la nature des choses constitue son ordre intellectuel; le gouvernement de soi-même, d'après les lois de la vie, constitue son ordre moral et religieux. Mais ces deux ordres, liés l'un à l'autre d'un lien logique, sont également le domaine de son autonomie et composent l'unité de la vie psychique.

Les éléments fondamentaux de l'être et de la vie psychiques (comme de l'être et de la vie organiques, ainsi que je l'ai déjà dit dans ma doctrine *organo-psychique*), sont la sensibilité et la contractilité psychiques : la première, source surtout des conceptions ; la seconde, source plus spéciale de l'action et par conséquent des réactions, c'est-à-dire source de ce qu'on appelle le caractère, de ce qu'on nomme la trempe morale d'un homme. On va voir de quelle importance est la distinction de ces deux éléments dans la question qui nous occupe.

C'est dans la mesure même où l'éducation, la culture consécutive, l'observation et la réflexion, développent en nous les sensibilités et les contractilités psychiques, c'est-à-dire la connaissance de la nature des choses, des lois de la vie, et l'action conséquente à ces lois, que le *moi* humain se virilise et devient capable de marcher victorieusement à ses destinées successives et finales, au travers des épreuves diverses de la vie; c'est là la pleine possession et la pleine disposition de soi en toutes choses, dans les plus grandes comme dans les plus petites. Mais n'oublions jamais que le principe de cette virilisation progressive est celui-ci : l'être psychique, comme l'être organique, se développe dans le sens et dans la mesure de l'exercice de ses facultés. Si nous savons manier ce principe dans nos analyses cliniques de pathologie mentale, nous

aurons la clef de bien des phénomènes incompréhensibles sans lui.

Appliquons maintenant aux faits d'agoraphobie et à leurs analogues, les principes et les lois que je viens d'exposer.

M. Falret nous dit que les faiblesses morales, que les défaillances devant la vérité et le devoir, n'ont absolument rien de commun avec la défaillance agoraphobique et ses analogues; et moi je vous dis, au nom du principe et des lois qui précèdent: ce sont des défaillances là et là, ici morales, là intellectuelles, selon la nature des circonstances et des objets, mais toujours défaillances psychiques, quelquefois, comme je l'ai dit, préparées et aidées par une insuffisance et une défaillance organiques. C'est ainsi que la même personne, et j'en ai eu souvent la preuve, se sent plus forte devant les épreuves de la vie, en bonne santé qu'en maladie, après sa réfection qu'à jeun, et surtout qu'en inanition. C'est sous l'inspiration de cette loi de solidarité entre le physique et le moral, qu'on fait aux armées une distribution de café et d'eau-de-vie avant la bataille. Ne vous ai-je pas toujours présenté la vie organique comme le point de départ et le point d'appui de la vie psychique, et ces deux vies, comme deux sœurs qui s'entr'aident dans leur commune destinée de reproduction du principe humain? Les petites défaillances ordinaires de la vie, auxquelles on ne saurait appliquer le nom d'aliénation, tout au plus celui d'insanité, sont donc comme le germe des grandes défaillances morales, elles en sont comme des préparations lointaines, elles peuvent, elles doivent être pour la médecine morale et mentale, des indices pathogéniques, des signes précurseurs, précieux à observer. C'est là ce qui légitime la distinction, aussi juste que féconde, entre les insanités et la folie. C'est souvent en se concentrant et par cela même en s'exaltant et se fixant sur un ordre de choses, que l'insanité devient folie; que le trouble passager que l'on peut éprouver en traversant une place sillonnée de voitures, s'il se renouvelle et si l'on s'y abandonne, peut devenir agoraphobie; c'est en effet en s'abandonnant à une crainte chimérique, en négligeant de susciter en soi l'attention, la volonté et une ferme tenue de soi-même, que l'on peut, faute d'exercice de ces facultés, les faire tomber insensiblement, en inertie d'abord, puis en insuffisance finale. On voit par là de quelle importance il peut être, et pour le médecin et pour le malade, d'apercevoir d'avance la pathologie dans ses sources pathogé-

niques, et surtout ici, dans ses sources psychiques. N'est-ce pas là de la clinique au plus haut titre?

M. Dagonet. — M. Fournet prétend que l'agoraphobie dépend d'une faiblesse d'esprit, d'une connaissance inexacte de notions, d'un manque de volonté. Toutes ces explications ne trouvent pas leur fondement dans l'observation des malades. Il est plus juste de dire que l'état morbide que nous étudions se rapproche de l'état anxieux, que l'agoraphobie est un des éléments de cet état anxieux. M. Fournet ajoute que cet état dépend d'une insuffisance, d'une faiblesse psychiques. Je ne puis partager ce point de vue. J'ai vu peu d'agoraphobes; mais ceux que j'ai connus ne présentaient pas les caractères que leur suppose M. Fournet. Je citerai, entre autres, l'exemple d'un jeune homme très-instruit, professeur de lettres, d'une famille intelligente et qui présente tous les symptômes décrits par M. Legrand du Saulle. Seulement il faut remarquer que plusieurs membres de la famille de ce jeune homme sont bizarres, même aliénés. Je crois donc qu'il faut admettre que l'agoraphobie est un état héréditaire; mais qu'elle n'est pas le résultat d'un manque de volonté, qui autrefois très-forte, serait aujourd'hui un peu amoindrie.

M. Fournet. — M. Dagonet vous rapporte une observation qu'il résume dans cette objection à mon adresse: « l'agoraphobie et d'autres états mentaux qui lui sont analogues, dépendent d'autant moins de la faiblesse et de l'insuffisance psychiques où M. Fournet place leur cause essentielle, que l'on voit beaucoup de ces malades être, non-seulement intelligents, mais quelquefois même, remarquables par leur intelligence ».

J'ai distingué soigneusement, comme on vient de le voir, entre le phénomène de sensibilité psychique auquel appartient l'intelligence, et le phénomène de contractilité, attribut plus spécial de la volonté, et j'ai dit que l'insuffisance psychique des agoraphobes et de leurs analogues, était surtout une insuffisance de ce qu'on appelle le caractère, ce qui revient à une insuffisance de volonté, de contractilité morale, d'action sur soi-même et de réaction contre les idées malsaines et contre les obstacles de la vie. Déjà l'objection s'écroule devant cette analyse psychologique des deux éléments de toute vie. Mais j'ai ajouté que les facultés se développaient dans le sens et dans la mesure de leur exercice; il peut donc se faire et il arrive souvent, en effet, qu'au lieu de développer ses facultés

dans un heureux équilibre de la sensibilité et de la contractilité en tout ordre de chose, de manière que l'action soit toujours et en tout égale à la conception, on se déploie et s'affermit en intelligence par l'exercice incessant de son sens intellectuel, et que l'on avorte en volonté, en caractère, en faculté d'exécution et de suite dans l'action, faute d'exercice de ces dernières facultés. Enfin, on peut acquérir ou perdre cet heureux équilibre des deux éléments de la vie, en tel ordre de choses et non en tel autre, selon qu'on s'applique et qu'on s'exerce plus à l'un qu'à l'autre; on est ainsi, comme le dit le bon sens public, un esprit bien ou mal équilibré. On peut avoir reçu de la génération organique un système nerveux défectueux, et par là une prédisposition héréditaire à l'agoraphobie, c'est-à-dire une plus grande difficulté à la virilisation morale; je suis le premier à le reconnaître. Mais une génération morale défectueuse, c'est-à-dire une éducation abortive, l'inculture et l'inexercice consécutifs, y ont aussi une grande part, et cette part là est toute psychique.

Voilà pour ce qui regarde les préparations de l'esprit à l'épreuve, à l'action futures.

Mais je transporte maintenant notre analyse psychologique sur la scène et l'action actuelles, et je rencontre là une autre loi que je formule ainsi : « les facultés formées s'appliquent à l'objet actuel avec une puissance effective proportionnelle à leur tension »; or, cette *tension* des facultés au moment de l'épreuve et de l'action, est quelque chose de plus encore que ce qu'on appelle: *attention*, quoiqu'au fond de même nature; c'est l'attention à ce qu'on fait ou va faire, plus intense, c'est-à-dire avec un degré de plus de volonté, avec une volonté plus virile, avec une volonté génératrice de la somme d'efforts nécessitée par la circonstance.

Eh bien! les personnes exposées à se troubler devant un danger réel ou imaginaire, comme les agoraphobes et leurs analogues, évoquent-elles, ramassent-elles (comme disait Bossuet) toutes leurs forces morales pour les concentrer sur l'action et les opposer à l'épreuve ou à la tentation? non; elles font presque toujours l'opposé de cela : elles accueillent le souvenir de leur trouble, de leur impuissance passés, elles en autorisent l'idée, la crainte dans le sein d'elles-mêmes, elles font par là cette idée, cette crainte maîtresses despotiques de leur esprit, et par là aussi, elles découragent, éclipsent, effacent toute idée de lutte, et se paralysent dans leur reste de

force morale. C'est par cette action paralysante sur elles-mêmes, au lieu de l'action suscitatrice, c'ost par cette désertion au lieu du courage généreux devant le devoir, qu'elles sont responsables des conséquences, dans la juste mesure de ce lâche abandon d'elles-mêmes; de là, le principe de « responsabilité proportionnelle aux facultés dont on dispose », que j'ai proclamé en face de « l'irresponsabilité absolue » que vous faites aux fous conscients.

Veuillez, messieurs, vous rappeler ici le principe que j'ai exposé ailleurs sous cette formule : « toute idée, une fois entrée et autorisée dans notre esprit par une volonté active ou même passive, tend à se convertir en fait » ; et cet autre principe : « la liberté est dans le choix des idées, la fatalité dans leurs conséquences. »

Vous constatez ici la vérité de ces principes : ce n'est pas l'*idée objective*, c'est-à-dire la notion exacte du danger qu'il pout y avoir à traverser tel espace, qui trouble l'agoraphobe ; non, c'est l'idée toute *subjective* émanée de lui-même et de lui seul. La vraie nature des chosos, ses amis qui l'encouragent et le soutiennent, l'exemple des autres tout autour de lui, combattent son idée; son intelligence elle-même, quand il l'applique, lui prouve que cette idée l'égare; mais tant quo l'idée reste maîtresse, c'est-à-dire tant qu'un acte énergique de la volonté ne la chasse pas, comme l'âme honnête et virile chasse un suborneur, elle est plus forte que tout, et de virtuelle qu'elle était d'abord, elle se réalise bientôt en impuissance effective, et intérieure et extérieure. Quelques-uns de ces malades nous en donnent la preuve directe dans ce fait : qu'ils traversent, même sur le frêle appui d'un onfant, ou comme nous-mêmes à la suite d'une voiture, la placé qu'ils n'osaient, qu'ils ne pouvaient traverser tout seuls ; ils invoquent eux-mêmes cet appui protecteur, qui se réduit surtout à uue idée de sécurité substituée à leur idée primitive de crainte; en d'autres termes, ils cherchent et croient trouver au dehors d'eux, cette autorité, cette volonté, cette protection qu'ils sentent absentes ou défaillantes au dedans d'eux, au moins en cet ordre de choses. C'est l'enfant qui s'effrayé devant un obstacle souvent imaginaire, devant le prétendu fantôme d'un arbre agité par le vent, et appelle à son aide; qu'on lui fasse toucher l'objet et voir l'arbre de près, et la folle terreur s'évanouit par la substitution do l'idée vraie à l'idée fausse.

La crainte du vide, la fascination qui attire vors l'objet

qu'on redoute, par exemple vers le torrent qui gronde au fond de l'abîme, le vertige enfin, et le vertige de l'esprit comme le vertige des yeux, sont des phénomènes do même nature : on s'abandonne à l'idée terrifiante de cet abîme, et cette idée devenue maîtresse absolue, vous domine et vous entraîne à sa réalisation, au fond de l'abîmo.

J'étais un jour en excursion avec une personne parfaitement saine d'esprit, mais moralement faible et facile au vertige; nous montons sur la plate-forme d'une tour fort peu élevée; il est impossible d'y reconnaître le moindre danger; et voilà qu'à un simple regard jeté sur le vide, la personne est prise de vertige et attirée vers ce vide qu'elle redoute, avec une telle puissance que toutes mes forces suffisent à peine à la retenir? Quelle est donc cette puissance formidable qui paralyse toute raison et qui dispose des forces de cette personne contre elle-même? c'est la puissance de l'idée qu'elle a eu la faiblesse d'accueillir et qu'elle n'a pas la force morale de repousser, et à la suite de l'idée, c'est la fatalité de sa logique.

La même personne était un jour sur le plateau qui couronne le pic de Sancy ; ce plateau peut tenir de 50 à 60 personnes, et cette dame n'a pas quitté un seul instant la croix qui en marque le centre; il n'y avait donc aucun danger réel, aucune possibilité de chute. Eh bien ! le seul fait du regard jeté, de loin, sur le vide du contour, et l'idée d'un abîme, née de ce regard, ont suffi à provoquer chez elle un tel vertige qu'elle n'a pu échapper à ses entraînements qu'en étreignant de toutes ses forces la tige de la croix et en m'appelant à son aide, comme les agoraphobes terrifiés par un danger imaginaire. C'est un état d'impossession ou de dépossession momentanée de soi-même, sous le prestige d'une idée, aveo un reste de conscience et de volonté qui fait chercher hors de soi l'appui qu'on n'a plus en soi.

Si le vertige, tout en étant quelque chose d'anormal, est un phénomène fréquent, chez les personnes d'ailleurs les plus saines d'esprit, au sens ordinaire de ces mots, et s'il a d'incontestables rapports avec l'agoraphobie, convenez, messieurs, que le nom de folie, tel que la science le doit entendre, et avec les flétrissures qu'y attache le monde, ne serait ni vrai, ni juste pour ces sortes de cas et pour leurs analogues ; il y fallait un autre nom ; celui *d'insanité* les comprend tous et rappelle surtout ces formes légères et passagères d'aberration dont personne n'est absolument exempt. L'agoraphobie et ses analo-

gues sont donc des insanités, et non pas de véritables folies.

Les questions d'aliénation mentale, à l'époque où je ne m'en étais pas encore occupé, avaient sur mon esprit l'effet prestigieux, de quelque chose de mystérieux et de terrible qu'ont sur le monde. Comme le monde, je ne pouvais les aborder sans trouble, sans une sorte de terreur; depuis que je les ai étudiées, approfondies, qu'elles sont pour moi de la science au lieu du mystère, en un mot que j'en possède (ou crois en posséder) le principe et la loi, c'est mon esprit qui les domine, du droit et du pouvoir de la *personne* sur la *chose* qu'elle connaît. Le monde, lui, est resté dans l'ignorance de ces questions et il subit encore le prestige que je ne subis plus. C'est ce prestige, terrifiant et dangereux par le désarroi qu'il apporte dans les facultés, que nous parviendrons à dissiper chez le monde comme chez nous-même, en lui faisant reconnaître la genèse des affections mentales dans une mauvaise formation et une mauvaise hygiène de l'âme, dans un défaut d'équilibre et d'exercice des facultés; comme il reconnaît, sans trouble moral, la genèse des maladies organiques dans une génération, une hygiène et une pratique défectueuses de la vie du corps.

Voulez-vous maintenant voir naître et grandir, sous vos yeux, cette force morale que je vous présente comme la dominatrice naturelle, prédestinée, de la crainte agoraphobique, du vertige et de leurs analogues? Suivons là dans un ordre spécial de choses, où vous puissiez la voir suffire bientôt à neutraliser, à dominer toute idée vertigineuse? vous avez ce spectacle chez le jeune couvreur qui s'exerce incessamment et s'encourage par l'exemple de ses aînés, dans cet ordre de choses, et finit par se promener sur les toits et hanter les gouttières avec la sécurité d'un chat. En ferions-nous autant avec nos intelligences lettrées? Non, dans notre inexpérience du métier; oui, si nous avions fait leur apprentissage : véritables agoraphobes dans un cas, virilisés par la pratique journalière dans l'autre cas. Vous voyez bien que c'est là de l'insuffisance spéciale, une insanité relative, et non de la folie.

C'est si bien une question de suffisance ou d'insuffisance des facultés, de la force morale surtout, devant l'épreuve, que nous voyons le même malade qui se trouble et se sent impuissant à traverser une grande place ou même une large rue, aller chercher et choisir les *rues étroites* qui le ramèneront à son but par un détour, et les traverser sans trouble et sans hésita-

tion; mesurant ainsi sa force morale à la largeur des rues, c'est-à-dire au danger qu'il croit y voir; comme un boiteux mesurerait la force organique do son pied malade, en n'osant pas le plus et en faisant le moins.

Avant Christophe Colomb, les navigateurs n'osaient se risquer par l'ouest sur l'Atlantique, ensorcelés et paralysés de terreur par l'idée, alors traditionnelle, que des dangers terribles, que des obstacles infranchissables les attendaient sur cette mer inconnue. Christophe Colomb a trempé son âme dans de fortes études cosmographiques, dans de longues méditations sur la forme sphérique du globe et son isolement dans l'atmosphère; sa volonté s'est affermie à l'égal de sa conviction, sa science précise est l'autorité intérieure qui le dirige et le soutient, et il traverse sans difficulté ce vaste espace liquide où les autres croyaient voir la fin du monde et une mort certaine. Depuis, l'éducation nautique des esprits a dissipé ces vaines terreurs, et l'Ouest est devenu la plus grande route du nouveau monde. N'avez-vous pas là, messieurs, sur une vaste échelle, le contraste frappant : ici, d'une véritable agoraphobie maritime née de l'ignorance géographique et d'idées chimériques, renforcées par l'inexercice des facultés et de l'action, dans ce sens; là, au contraire, chez Christophe Colomb, de la virilité morale née du concours de la science et de la volonté? N'avez-vous pas, dans ce fait historique et épique, l'éclatante démonstration de la source psychique de l'affection que nous étudions? Qui oserait dire ici que ces terreurs folles des navigateurs d'avant Colomb, étaient l'expression d'une maladie spéciale du cerveau!

Voilà tel général d'armée qui a toujours déployé sur le champ de bataille un courage héroïque, et qui dans les luttes politiques et sociales où il n'est besoin que de courage civil, se trouble et défaille à la moindre épreuve. Direz-vous que son cerveau est sain dans l'arène militaire et malade dans l'arène politique, qui se succèdent immédiatement? Non, vous direz avec l'évidence, que formées pour la vie des camps et les luttes armées, et développées en ce sens par l'exercice continu des armes, ses facultés sont toujours prêtes à ce genre d'épreuves; tandis qu'elles sont novices, incertaines d'elles-mêmes et faciles à la désorientation et à la défaillance, dans un ordre de choses, dans des combinaisons politiques, dans la stratégie des partis, où elles ne se sont jamais exercées. Tandis qu'un Napoléon Ier, également formé pour ces deux vies, également exercé au gou-

vernement des armées et au gouvernement civil, sera aussi ferme en lui-même, aussi puissant dans la conception, au sein pacifique du conseil d'Etat qui enfante le code civil, que prompt et sûr dans l'action, au milieu de ses maréchaux et de ses soldats ; et cependant ce grand esprit, si complet dans la guerre et dans l'administration, a présenté de grandes lacunes et commis de grandes insanités dans sa vie : Que de malheurs il eût évités à la France, s'il eût demandé à la philosophie, comme Marc-Aurèle, la possession de soi sous la loi de justice, et la modération dans le succès !

Ne voyez-vous pas à la tribune, ou dans les salons, le même orateur, le même causeur qui se joue habilement de toutes les difficultés de personnes et de choses, et arrive triomphant au but de son discours, s'il connaît parfaitement et son sujet et son auditoire ; ne le voyez-vous pas, au contraire, balbutier, se troubler et faire fiasco, s'il parle de choses qu'il connaît mal, devant des personnes qu'il ne connaît pas. N'est-il pas évident que l'organisme et le jeu de ses facultés ne sauraient être dans le dernier cas ce qu'ils sont dans le premier? Le cerveau n'est là qu'un serviteur plus ou moins apte à transmettre la pensée aux organes de l'expression ; mais que voulez-vous que fasse le serviteur, même le serviteur le plus normal, si le maître est incapable ou défaille ?

C'est le moment d'examiner, de mesurer, s'il est possible, la part relative de ces deux éléments de la nature humaine, de ces deux foyers de vie, l'un organique, l'autre psychique. Vous savez que je n'ai jamais négligé cette double part, à la différence de ceux qui effacent l'un de ces foyers, absorbant la psychologie dans la physiologie. A propos même de l'agoraphobie, ne vous ai-je pas dit et répété, que l'insuffisance psychique, qui est le fond essentiel du phénomène, pouvait être préparée et aidée par une insuffisance organique? Voilà bien la part, mais la part hiérarchique, faite aux deux éléments de l'homme et de toute action humaine.

Quant à la mesure de la part organique, vous venez d'entendre l'exposé clinique de M. Legrand du Saulle ; c'est lui, lui, l'organicien par excellence, qui vous dit : « Qu'est-ce au fond que l'agoraphobie? Est-ce de l'épilepsie larvée? est-ce du vertige stomacal? Est-ce du vertige goutteux? Est-ce un simple état congestif du cerveau ? Non, dit-il, mes analyses cliniques sont absolument négatives à cet égard. Les agoraphobes sont-ils héréditaires? » Et il se répond à lui-même : « Je suis disposé

à le croire, mais je n'en ai aucune preuve; je dois même avouer que ces malades nient formellement cette descendance. » Ce sont là les paroles textuelles d'un praticien voué à l'organicisme. Mais si l'agoraphobie et ses analogues ne peuvent être rapportés à aucune cause organique démontrable par la science, que sont-ils donc alors, sinon des phénomènes psychiques ?

M. Delasiauve a cru se tirer de cette impasse en vous disant : « Ce n'est pas l'idée invoquée par M. Fournet, qui domine et paralyse le malade en question. C'est l'éréthisme cérébral, local, dans lequel l'idée s'est matérialisée. » Ici encore, messieurs, je cite textuellement. Déjà, on peut se dire que l'éréthisme cérébral, c'est-à-dire la surexcitation du centre nerveux et par lui de tout le système nerveux, doit paraître à un physiologiste plus capable de provocation, de précipitation, que de paralysie des mouvements. Mais il suffit parfaitement à la psychologie que vous reconnaissiez l'idée par-dessus le cerveau, que vous reconnaissiez que l'incorporation de la substance spirituelle, de l'idée dans la matière cérébrale, est la condition première de l'action. Le spiritualisme de la science, qui n'est pas du mysticisme, est impliqué dans cette reconnaissance, dans cette hiérarchie. L'incorporation volontaire de l'idée et de son esprit, de sa logique, dans le cerveau et les nerfs comme agents de l'expression, c'est le maître, dont je vous parlais tout à l'heure, qui communique sa pensée et donne ses ordres à son serviteur principal, chargé de les transmettre à ses serviteurs de second et de troisième ordre, jusqu'à l'action finale. En un mot, c'est l'âme commandant au corps. M. Delasiauve fait donc quelquefois du spiritualisme sans le savoir.

Mais la normale organique n'est pas moins nécessaire au serviteur cérébral pour bien exprimer et réaliser la pensée du maître, que la normale psychique au maître pour bien concevoir et pour bien commander; et voilà comment l'insuffisance psychique peut se compliquer d'une insuffisance organique, ou même, comme je l'ai déjà dit, être préparée par elle ; car le cerveau n'est pas moins serviteur ou organe d'information que serviteur ou organe d'expression ; on comprend que le maître *mal informé*, et par cela même *mal formé*, c'est-à-dire formé d'idées fausses ou insuffisantes, ou privé de la substance des idées en un ordre quelconque de choses, et avorté par cela même en cet ordre de choses, ne puisse être qu'incapable ou insuffisant dans cette sphère particulière de la conception et de l'action. J'admets par conséquent que les agoraphobes et leurs

analogues puissent se trouver en défectuosité organique, accidentelle ou héréditaire, permanente ou passagère ; et voilà comment j'explique que cette insuffisance organique puisse préparer et aider l'insuffisance psychique ; mais il n'appartient qu'à la clinique de le constater en fait.

Permettez, messieurs, que je résume ma doctrine en quelques mots : La vie est une série d'épreuves que l'homme ne surmonte que dans la mesure même de sa virilité organique et psychique. La virilité morale s'acquiert par une nutrition d'idées et un exercice progressifs, comme la virilité organique par une nutrition et une action corporelles. La virilité psychique se spécialise ou se généralise comme les idées et les principes dont elle se forme, et comme l'exercice des facultés qui en naissent. La reproduction intégrale de nos idées et de nos principes dans les diverses pratiques de la vie, sont à la fois le but et la preuve de cette virilité morale. Si je ne puis réaliser mes idées, mes principes, mes désirs, et cela par une cause inhérente à moi-même, c'est que mes organes ou mes facultés, y compris ma force morale, ma force de caractère, sont insuffisants à les reproduire en faits ; quand cette insuffisance n'est pas organique elle est nécessairement psychique.

Les maladies mentales, les avortements et les viciations de la vie, sont toujours un effet, direct ou indirect, de l'invirilité mentale ou morale. La médecine mentale et morale, a pour but, comme la médecine organique sur laquelle elle s'appuie sans cesse : de prévenir cet avortement, c'est-à-dire de former et de viriliser l'esprit par l'éducation, la culture, et par l'exercice assidu des facultés ; et de rétablir cette virilité, dans les ordres de choses où elle est insuffisante ou tombée en déchéance.

Qu'on répare l'élément corporel par tous les moyens d'hygiène et par l'iodure ou le bromure de potassium, je ne demande pas mieux ; mais qu'on répare l'âme aussi par les idées et les principes qui lui conviennent, et qui sont sa substance à elle ; les lois de la vie ne l'exigent pas moins.

M. Delasiauve. L'insistance de M. Fournet s'explique. Elle repose, de sa part, sur un malentendu, dérivant de la manière dont la philosophie envisage l'origine et le rôle des facultés mentales. Y a-t-il une âme ? En quoi consiste-t-elle ? Jusqu'où s'étend son pouvoir ? Dans ce qu'on appelle les manifestations psychiques, en vertu de quelle loi s'opère la simultanéité d'action du physique et du moral ? Nous pouvons constater les

phénomènes, en suivre, en déterminer les relations. Au delà de cette sphère accessible, tout est mystère. Avec la philosophie, M. Fournet franchit les frontières imposées à l'observation. Il se perd dans l'inconnu. Comment, sans témérité, attribuer des fonctions certaines à une entité dont la réalité même est problématique?

Certes, la question est capitale. Elle a déjà été agitée dans cette enceinte, et peut-être, bien que de sa nature elle soit insoluble, y aurait-il lieu de la reprendre sous un aspect négligé de la plupart et capable de faire ressortir des joints de conciliation. Le système de Gall a compté de nombreux adeptes. Chose bizarre, cependant! on ne voit point que la philosophie officielle s'en occupe, que, soit dans les chaires de l'État ou du clergé, il ait été l'objet d'une controverse en règle. La Faculté et l'Académie de médecine elles-mêmes s'en sont désintéressées. Parfois, à l'occasion, comme par manière d'acquit, on sourit à l'utopie.

Ce dédain, selon moi, n'est pas justifié. On s'est moqué des *bosses*. Les essais de localisation ne sont que la traduction tangible d'une conception plus profonde. Gall, comme on se l'est imaginé, n'a point fractionné l'intelligence. Il reconnaît, au contraire, formellement, en nous, un pouvoir qui sent, qui juge, se souvient, imagine, raisonne; veut, etc. Seulement, avouant son impuissance à le pénétrer, il s'incline devant cette énigme. Chez l'homme, en revanche, on observe des attributs spéciaux, des forces diverses, d'intensité et de caractère variables selon les individus, les milieux et la culture, essentiellement mêlés à la vie psychique, et ayant aussi reçu le nom de facultés. Telles sont ces facultés, d'ordre secondaire, dites artistiques, morales, affectives, instinctives, et qui correspondent aux aptitudes, aux talents, aux sentiments, aux caractères, aux penchants, etc. Qu'elles soient inégalement réparties, cela saute aux yeux d'abord. Il y a, si l'on peut dire, des tempéraments, des idiosyncrasies morales comme des tempéraments et des idiosyncrasies organiques.

Or, c'est dans l'exploration de ce domaine que s'est concentrée l'étude de Gall; et, pour qu'on ne se méprenne pas sur son but, il désigne les virtualités, objet de ses recherches, sous le vocable de sens internes. A quoi tiennent leurs inégalités infinies? au système nerveux central? Y aurait-il des compartiments affectés à ces forces innées? Le volume respectif de ces organes, leur constitution, leur plus ou moins de vitalité,

leurs synergies réciproques motiveraient cette induction. Si les cerveaux se ressemblent en masse, il n'y en a guère d'identiques, par l'étendue, le poids, les diamètres, les circonvolutions et la texture, toutes conditions subordonnées encore à la fortuité des stimulations ambiantes.

Ce que la psychologie révèle, l'examen anatomique le laisse immédiatement présumer. On ne l'a point compris. L'anthropologie commence à y revenir. Dans un récent travail, M. Luys, notamment, aurait, par d'ingénieuses constatations microscopiques, rouvert un horizon à la phrénologie.

Je le répète, le problème mériterait d'être soumis à la discussion. Gall, du reste, à l'inverse de M. Fournet qui spécule sur l'âme, renonce, sans la nier, à la tâche impossible de fixer son degré d'initiative. Il respecte l'X. Des données de son observation ressortent, en revanche, des éclaircissements susceptibles de dissiper plus d'une incertitude. J'ajouterai que les idées, produits d'opérations, matérialisées en qualité d'images, se transforment volontiers en sentiments. On dit mon sentiment, mon idée. L'un et l'autre s'appellent et se traduisent dans des expressions communes. On essayerait en vain de supputer les rayonnements émergeant de ces foyers multiples.

En vertu du libre arbitre convenu, on peut normalement supposer que la Providence, en créant l'homme, a dû l'armer contre ses entraînements. Ce n'est là, toutefois, qu'une hypothèse, nécessaire, pense-t-on, à la sauvegarde sociale, mais dont l'ordre pathologique ne saurait être passible. M. Fournet parle de faiblesse de caractère, d'âme viciée par une mauvaise éducation. L'âme se laisserait envahir par des idées morbides. Renfermons-nous dans les exemples cités par M. Legrand du Saulle. Des malades ont peur du vide. Quel rapport ce phénomène a-t-il avec la débilité intellectuelle? Sains naguère, ils restent pétrifiés à l'aspect d'une place publique. L'impression est aussi irrésistible qu'involontaire. Accuser la mollesse de l'âme équivaut à ne rien dire.

Parfois le mal s'est manifesté sans cause appréciable; le plus souvent il a été précédé ou accompagné d'une forte émotion, d'un embarras dans la tête, d'une migraine où même d'une lésion plus ou moins éloignée. Quelque point du cerveau, en tout cas, touché, ébranlé, subira — une influence agissant, ici celle du vide — une sorte de spasme, d'éréthisme qui, pendant sa durée, tiendra l'action mentale en échec. Le lièvre

mis en arrêt, des individus immobilisés par la peur offrent des objets de comparaison. On s'expliquera aussi, dans la théorie phrénologique, que la vibration morbide puisse, se communiquant à des compartiments divers, provoquer des anomalies dans les autres fonctions perceptives, morales, affectives, instinctives, etc. Une crampe déjoue tous nos efforts. La volonté n'a pas plus de prise sur des symptômes qui ne cèdent qu'à des diversions puissantes. Guérit-on ? l'âme est délivrée, sans y avoir mis du sien.

Quant aux faits dont nous a entretenus M. Legrand du Saulle, on en rencontre assez communément de semblables. Seulement, comme l'ont fait observer MM. Falret et Dagonet, la frayeur du vide n'est souvent qu'un épiphénomène d'un trouble complexe.

En 1863, nous fûmes appelé en consultation près d'une dame d'une quarantaine d'années. Elle n'osait sortir sans être accompagnée, surtout traverser le boulevard St-Michel, sur lequel elle habitait. Des appréhensions variables s'étaient déjà manifestées, cinq ans auparavant, durant une grossesse. Les craintes survécurent à l'accouchement et se compliquèrent d'une turgescence céphalique et d'une rigidité générale. Etant devenue enceinte de nouveau, elle reçut, après ses couches, la visite d'une personne dont l'image antipathique ne cessa depuis de se présenter à elle comme un cauchemar. Au lit, des fantômes sinistres l'effrayaient; elle versait des larmes abondantes.

Pleine de scrupules, madame se défiait d'elle-même. Avait-elle des acquisitions à faire, il fallait quelqu'un auprès d'elle dans les magasins. Elle compte et recompte l'argent, de peur de s'être trompée. Elle se sent tomber folle, voit la paralysie imminente. Un traitement approprié a triomphé de ces accidents.

J'ai cité, ailleurs, le cas d'un ancien officier d'état-major, qui avait quitté le service à la révolution de 1830. Il allait de maison de santé en maison de santé, poursuivi par des craintes dont il avait conscience. Son visage était pâle et anxieux; il se plaignait d'un fort mal de tête. Lorsque je le vis pour la première fois, les préoccupations étaient spécialement hypochondriaques. Il rêvait maladies graves. La tête, le cœur, les entrailles étaient altérés.

Parfois surgissait l'idée de se détruire. Pour comble, afin d'échapper à la panique que lui occasionnaient ses impressions, il se séquestrait dans sa chambre des journées entières. S'il

sortait (c'était aux Champs-Elysées), un domestique le suivait à distance. Jamais il n'allait loin. A la moindre alerte, il rentrait précipitamment. Il avait grand soin de s'écarter des voitures.

Une notable amélioration s'était opérée. Il est probable qu'elle ne se sera pas maintenue, le mal étant ancien. Une circonstance curieuse c'est que M..., enclin aux voluptés sensuelles, ayant fait une connaissance, la cultiva avec une telle ardeur que cette passion fit momentanément échec à la maladie psychique. C'était, quotidiennement, des excursions en voiture, aux environs de la capitale.

Chez Mme B , âgée de cinquante-deux ans, les premières inquiétudes remontaient à quinze ans. Sujette à des étourdissements, morne et apathique, il lui fallait tout son courage pour se livrer au travail d'une manière suivie ; c'était une alternance de rémissions et d'exacerbations. Quand je la consultai d'abord, le 7 mars 1866, le désespoir de guérir semblait sa plus vive préoccupation. Sa tête, dit-elle, va malgré elle ; toutes les idées s'y frappent. Songe-t-elle à une personne, sa figure, sa mise, l'état de ses affaires la remplissent de sollicitude. Un nom l'agace ; derrière un objet qui attire ses regards, elle en suppose d'autres. Les surfaces luisantes la fascinent ; elle y voit des taches, qu'elle veut qu'on essuie. Fréquemment, lorsqu'elle mange, les mets s'arrêtent dans sa bouche et déterminent, par leur contact, d'étranges sensations. On est obligé de pousser le bol alimentaire pour qu'il franchisse l'isthme du pharynx. Madame habite un village au milieu des champs, au voisinage d'une forêt. Elle n'y va jamais seule. Même accompagnée, il lui survient des terreurs qui l'empêchent d'avancer. Plus d'une fois on a été contraint de la ramener. La santé générale était peu satisfaisante. Les fonctions digestives languissaient, une blépharite intense m'a paru contribuer pour une bonne part à l'aggravation des accidents. Précaire dans les mois qui suivirent, l'amélioration commence à se dessiner vers le mois de novembre. Elle se soutint en 1867 et la guérison, depuis 1868, a été définitive. Madame que j'ai vue, il y a deux mois à peine, n'a cessé de jouir d'une pleine virilité morale.

Un malade, demeurant au Gros-Caillou, ne pouvait traverser le pont d'Iéna ou des Invalides qu'en fixant au delà un arbre ou une maison. Encore n'y réussissait-il pas toujours. Il hésitait de même en montant une barque et restait anxieux durant le trajet. Je ne l'ai vu qu'une fois.

L'an passé enfin, je fus consulté pour un jeune homme très-

instruit qui, s'étant surmené, éprouvait d'étranges émotions. Non-seulement il est assailli de craintes et de scrupules bizarres, porté aux exercices religieux et se croit indigne de communier, mais telles sensations de la vue, de l'ouïe ou sont dénaturées, ou deviennent le mobile des réflexions ou des actes les plus singuliers. Parfois les objets se déplacent, s'inclinent, ils menacent de tomber, de se briser et de blesser quelqu'un. Une idée lui passe par la tête. Il pense à sa chambre, par exemple, et, apercevant les meubles fracturés ou ouverts, il se figure qu'on l'a volé. Certaines nuits, il s'épouvante et réveille ceux qui dorment dans une pièce voisine, Trois mois d'une médication dirigée par une mère intelligente ont suffi pour rétablir l'équilibre.

Sans doute, en compulsant mes observations, j'en retrouverais d'analogues. Malgré la diversité des physionomies, elles appartiennent à la même famille.

Suscité par une modification locale ou par une stimulation extérieure, un éréthisme nerveux se développe, se propage et rend la volonté captive. Le principe en est fréquemment une hyperémie plus ou moins active, avec ou sans condition prédisposante. Les caractères les plus fermes n'en sont pas exempts. Après la guérison, quand, ce qui n'est pas rare, elle s'effectue, l'affection peut, comme chez trois des sujets précités, ne pas laisser de vestiges.

M. J. Falret. — M. Delasiauve insiste avec raison sur la périodicité de l'agoraphobie; elle est en effet paroxystique. Il faut donc admettre que c'est un phénomène morbide, une maladie, contrairement à ce que dit M. Fournet qui veut n'y voir que l'influence des passions sur la volonté, un manque d'habitude, etc. Pour nous, c'est un fait purement pathologique, naissant souvent après la fièvre typhoïde, le choléra, etc., qui peut cesser tout à coup pour renaître après un certain temps. On cite même des cas de guérison à la suite d'une maladie incidente.

Tous ces caractères permettent donc de ranger l'agoraphobie au nombre des maladies. Aussi doit-elle être étudiée au point de vue clinique et non au point de vue purement psychologique, comme le veut M. Fournet.

Dr Ant. Ritti.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Années 1873-1874, suite).

Le Progrès médical.

(Année 1873).

1° *De la compression lente de la moelle.* — Leçons faites à l'hospice de la Salpêtrière, par le professeur Charcot et recueillies par Bourneville (nos 1, 4, 6, 9, 11, 14 et 15).

A. *De la paraplégie douloureuse dans le mal vertébral cancéreux.* — Cette désignation de paraplégie douloureuse, empruntée à Cruveilher, s'applique, principalement, aux cas où la région lombaire est atteinte, aussi bien du côté droit que du côté gauche. Il y a lieu de relever, en pareil cas, les symptômes suivants :

Douleurs vives en ceinture, ou se répandant vers les nerfs cruraux et sciatiques, avec *hyperesthésie* des téguments au moindre attouchement. Pendant les paroxysmes, les douleurs sont atroces. Il peut se joindre à ce premier phénomène, des éruptions de zona, de l'anesthésie cutanée circonscrite par plaques, de l'atrophie musculaire et de la contracture.

Déformation de la colonne vertébrale.

Douleur locale vertébrale, sensible à la pression digitale.

B. *Troubles de la motilité liés à la compression spinale.* — Les troubles moteurs sont généralement précédés par les premiers désordres de la sensibilité ; indiquant l'irritation de la substance grise (picotements, fourmillements, sentiment de constriction, douleurs articulaires, etc.). Dans tous les cas, les troubles moteurs ne tardent pas à prédominer, et se traduisent par les symptômes suivants :

Parésie simple, puis paralysie absolue avec flaccidité des membres, tenant à la compression des cordons latéraux.

Secousses et crampes dans les membres, avec rigidité temporaire des masses musculaires.

Contracture permanente des membres.

Exaltation des propriétés réflexes de la moelle, dans le seg-

ment inférieur ; et alors, on voit les membres entrer en convulsion par le moindre attouchement.

Pendant un temps relativement considérable, la vessie conserve l'intégrité de ses fonctions.

C. *Troubles de la sensibilité.* — On observe en premier lieu, *le retard dans la transmission des sensations*, phénomène curieux, déjà observé par Cruveilher.

Hyperesthésie ou mieux *dysesthésie,* se produisant par les moindres excitations, sous la forme de vibrations douloureuses, suivies parfois de phénomènes semblables, du côté opposé, au bout d'un temps plus ou moins éloigné (Sensations associées).

Conservation à peu près normale de la nutrition dans les parties paralysées ; les muscles ne s'altèrent que par suite d'une inactivité prolongée. Dans les cas où l'une des moitiés latérales de la moelle est seulement comprimée dans toute son épaisseur, il y a alors interruption du cours dans les fibres des cordons postérieurs, antéro-latéraux et les parties correspondantes de la substance grise, jusqu'à la ligne médiane. On observe les symptômes dont l'ensemble peut se désigner sous le nom d'*hémiplégie spinale avec anesthésie croisée*, si la lésion occupe la région cervicale ; si au contraire, elle occupe la région dorsale, c'est l'*hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée* qu'on a à observer. La connaissance de ces symptômes et leur démonstration physiologique est due aux travaux de physiologie expérimentale du professeur Brown-Séquard.

D. *De la paraplégie cervicale.*

Lorsque la compression spinale lente affecte la région cervico brachiale de la moelle, on observe alors une forme singulière, déjà désignée par Gull sous la dénomination de *paraplégie cervicale*. C'est ce qui arrive dans le mal de Pott cervical.

Douleur vive suivant le trajet des nerfs irrités, avec hyperesthésie des téguments, troubles vaso-moteurs, toutes les pseudo-névralgies et les éruptions cutanées vésiculeuses ou bulbeuses.

Impuissance motrice progressive, avec atrophie consécutive des muscles et enfin anesthésie.

Amoindrissement et suppression totale des mouvements réflexes dans les membres affectés.

E. *De quelques symptômes particuliers.* — Il s'agit de quelques symptômes isolés, peu remarqués au début de l'affection spinale par compression, dans les régions cervicale et dorsale supérieures. Il est bon de noter tout d'abord, les *troubles oculo-pupillaires*, tels que, la dilatation (myosis spastica), ou la con-

traction (myosis paralytica), qui peuvent siéger sur un seul œil, ou sur les deux yeux à la fois.

En second lieu, la *toux* et la *dyspnée*, combinées avec les douleurs pseudo-névralgiques.

Des troubles gastriques variés, des *vomissements fréquents*.

Gêne de la déglutition et le hoquet.

Troubles fonctionnels de la vessie et du rectum, contrairement à ce qui arrive, quand la compression siége sur les parties inférieures de la moelle.

Rarement des attaques d'épilepsie (Duménil, de Rouen).

Ralentissement permanent du pouls, comme on le constate dans les fractures des vertèbres cervicales : 48 pulsations (Hutchinson) et 36 (Gurlt).

Crises syncopales, avec crises apoplectiformes et épileptiformes.

Assez souvent (Ogle) la *mort subite*, par suite de la rupture du ligament transverse, qui maintient l'apophyse odontoïde sur l'axis, et de la luxation de cette apophyse.

2° *Etudes de quelques points de l'urémie ;* leçons faites à la clinique de l'Hôtel-Dieu, par le professeur Béhier et recueillies par Liouville et Straus.

L'urée préexiste dans le sang et ne se forme pas dans les reins, elle est le résultat des combustions organiques, qui ont lieu dans la profondeur des tissus ; le rein ne la forme point, ne la sécrète point, il la sépare du sang par une sorte de filtration. Un trouble apporté au fonctionnement rénal n'a donc pas pour résultat la suppression d'une sécrétion, mais la suppression d'une élimination bienfaisante et la rétention dans le sang de principes mauvais. Cette accumulation d'urée vicie le sang et constitue le fait essentiel, qu'on appelle l'*urémie*.

Quel que soit le mode de début, l'urémie présente des allures très-variées, qu'on peut ranger sous trois formes.

A. La forme *convulsive*, présentant les variétés éclamptiques, tétaniques et des variétés mixtes entre le coma et l'état convulsif.

B. La forme *comateuse ;* le coma est l'aboutissant habituel de la forme convulsive, mais il peut être primitif, et se montre d'une façon très-brusque et très-insidieuse.

C. La forme *mixte* offre les deux types mêlés, et c'est tantôt la forme convulsive, tantôt la forme comateuse qui prédomine.

D. La forme où l'on rencontre *les types rares* (Fournier), dans

laquelle on peut classer *la forme délirante*. Frerichs a qualifié le délire des urémiques par le nom de *délire monotone*, qui indique bien la chasse perpétuelle aux idées et le marmottement incessant de ces malades. Lasègue et Wunderlich ont décrit des formes *maniaques*. Pihan-Dufeillay a relaté une forme *dyspnéique* qui peut tuer le malade en trois ou quatre heures.

Il est utile de parler de l'état de la température, qui constitue un signe dirimant entre l'éclampsie urémique et l'accès épileptique et hystérique (Bourneville, Charcot, W. Roberts, Hirtz et Hutchinson). La température s'élève dans l'accès épileptique et hystérique, ainsi que dans l'éclampsie puerpérale ; mais elle s'abaisse, d'une façon notable, dans l'accès urémique ; c'est là un signe constant.

Cette variété dans l'expression symptomatique (Hirtz) tient à des localisations diverses du poison urémique, qui porte alors son action sur telle ou telle partie des centres nerveux. L'éclampsie traduit l'excitation de la moelle allongée ; l'accès tétaniforme, celle de la moelle cervicale ; les convulsions partielles, celle des origines des nerfs qui animent les parties convulsées ; le délire témoigne d'une irritation de la surface des hémisphères ; la dyspnée tient à l'excitation des origines du pneumo-gastrique ; le coma tient à l'épuisement qui suit toujours l'irritation, et, quand il s'établit d'emblée, c'est que l'excitation est trop énergique, et qu'elle épuise et abolit primitivement l'activité des centres nerveux.

3° *De l'hémianesthésie liée à une lésion d'un hémisphère du cerveau*, par Bourneville.

L'hémianesthésie complète de toute une moitié du corps ne se rencontre pas exclusivement chez les hystériques. Dans certains cas, elle est le résultat de certaines lésions des hémisphères cérébraux. A l'appui de cette opinion, notre studieux confrère, le Dr Bourneville, cite et analyse avec détail une observation recueillie sous la direction de M. Charcot, par MM. Debove et Exchaquet. Cette observation peut se résumer en quelques mots : *Etourdissements suivis d'hémiplégie puis de parésie du côté droit*, chez une femme dont la santé était habituellement bonne. — *Hémianesthésie et mouvements choréiformes occupant ce même côté*. — *Mort*. — *Résultats détaillés de l'autopsie*.

(Année 1874).

4° *Caractères différentiels entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie;* leçon clinique du professeur Charcot, recueillie par P. Budin.

Dans l'hystéro-épilepsie, l'*aura* part de la région ovarienne et gagne successivement l'épigastre, le cou et enfin la tête. Le *cri* des hystéro-épileptiques est prolongé. Au moment où l'épileptique est pris du ronflement (stertor), l'hystéro-épileptique semble se réveiller pour entrer dans la période des contorsions (convulsionnaires de Loudun et de Saint-Médard). Le délire des hystéro-épileptiques se rapproche de celui des alcooliques. Chez la femme, la compression de l'ovaire est de nul effet dans l'épilepsie et suspend l'accès d'hystéro-épilepsie. Quand les accès sont subintrants et que l'état de mal existe, la thermométrie donne des renseignements précieux. Chez l'épileptique la température atteint 40°, 41° et 42°; chez l'hystéro-épileptique, elle varie peu et atteint seulement 37° et 38°.

5° *De la paralysie spinale de l'adulte*; revue analytique par Bourneville et Teinturier.

6° *De la sclérose latérale amyotrophique*; leçons du professeur Charcot, recueillies par Bourneville.

7° *Du sulfate de cuivre ammoniacal dans l'épilepsie*; par Bourneville.

Les résultats obtenus se rapprochent de ceux de M. Herpin, mais ne paraissent pas encourageants.

8° *Hémorrhagie de la protubérance ; Paralysie infantile, exostose cérébrale.* Observation recueillie à la Salpêtrière, service de M. Charcot; par Bourneville et Debove.

9° *Tumeur du cervelet ; Rapports des maladies du nerf optique avec les maladies cérébrales.* Observation recueillie à la Pitié, service de M. Vulpian, par Raymond.

Nous trouvons, à la suite, des notes bibliographiques étendues, relatives à l'atrophie des nerfs optiques dans les tumeurs cérébrales. La localisation de la maladie cérébrale, par l'image ophthalmoscopique, est presque toujours impossible; cependant, quand on trouve des tubercules de la choroïde, on peut diagnostiquer une méningite tuberculeuse.

10° *Des amyotrophies spinales chroniques*; leçons faites à la Faculté de médecine de Paris, par le professeur Charcot et recueillies par Bourneville (nos 39, 40, 41, 45, 50 et 52).

Les diverses affections conprises sous ce nom sont confondues sous la dénomination commune de *atrophie musculaire progressive*. L'anatomie pathologique établit cependant que ce n'est pas un groupe homogène.

Ces diverses lésions spinales ont un caractère anatomique commun et constant, c'est-à-dire la lésion des cornes antérieures de substance grise et surtout l'altération trophique des cellules motrices de cette région.

Pour les atrophies spinales aiguës, le type régulier, c'est la paralysie infantile où les lésions spinales sont limitées aux cornes antérieures de substance grise. Dans l'étude des amyotrophies chroniques nous prendrons un type équivalent de l'atrophie musculaire progressive, dans lequel la lésion est exactement limitée aux régions antérieures de la substance grise. Ce sera l'*atrophie musculaire protopathique*; l'élément anatomique est représenté : dans la moelle, par une lésion localisée aux cornes antérieures ; dans les racines motrices et les nerfs moteurs périphériques, par une atrophie plus ou moins prononcée suivant le degré de l'altération spinale ; dans les muscles correspondants, par des lésions trophiques nombreuses qui constituent la symptomatologie de l'affection.

Il reste un grand groupe, le groupe des amyotrophies spinales chroniques, que, par opposition au type précédent, nous désignerons sous le nom d'*atrophies musculaires deutéropathiques*. La lésion classique ou typique est nécessairement présente, mais elle n'est pas primitive. La lésion originelle siége bien dans la moelle, mais ce n'est que secondairement qu'elle se montre par extension dans la substance grise. Il en résulte alors la production des symptômes de l'atrophie musculaire, entremêlés ou surajoutés à d'autres symptômes primitivement observés. C'est alors que la symptomatologie sera complexe; car les lésions élémentaires chroniques de la moelle peuvent toutes envahir la substance grise et y déterminer l'atrophie des cellules. Nous devons signaler parmi les nombreuses formes d'amyotrophies spinales deutéropathiques :

a. La pachyméningite spinale hypertrophique, qui consiste dans l'inflammation des méninges, principalement au niveau du renflement cervical de la moelle. La lésion des méninges

se propage à la moelle et s'étend jusqu'aux nerfs rachidiens. Comme symptôme, arrive l'atrophie musculaire des membres supérieurs.

b. La sclérose des faisceaux radiculaires postérieurs, substratum anatomique de l'ataxie locomotrice.

c. L'hydromyélie ou hydromyélite avec dilatation du canal central de la moelle.

d. Les tumeurs intra-spinales (gliomes ou sarcomes) qui peuvent se développer au centre de la substance grise.

e. La sclérose en plaques, quoique rarement dans ce cas la substance grise puisse être profondément atteinte.

f. La sclérose fasciculée, latérale, symétrique qui, comme le comporte son nom, occupe les faisceaux latéraux, se rencontre bien isolée ; mais elle peut se compliquer d'une lésion scléreuse des cornes antérieures de la substance grise et produire l'altération atrophique des cellules et l'atrophie musculaire qui en est le symptôme.

Dans tous les cas précités d'amyotrophies spinales chroniques et deutéropathiques, l'invasion de la substance grise antérieure se fait consécutivement. Le professeur Charcot ne croit pas que la combinaison inverse ait jamais été observée.

Nous pensons bien faire en mettant sous les yeux des lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, le court résumé suivant qui appartient au professeur Charcot. C'est un plan topographique des régions explorées par ce pathologiste. Les terres inconnues sont laissées en blanc.

1° Les anciens faisceaux postérieurs se décomposent en deux régions.

E. *Les faisceaux de Goll*, dont la lésion isolée a été constatée et qui répond à un ensemble de symptômes encore imparfaitement déterminé.

B. B. *Les zones radiculaires postérieures*, dont la lésion est le substratum anatomique de l'ataxie locomotrice.

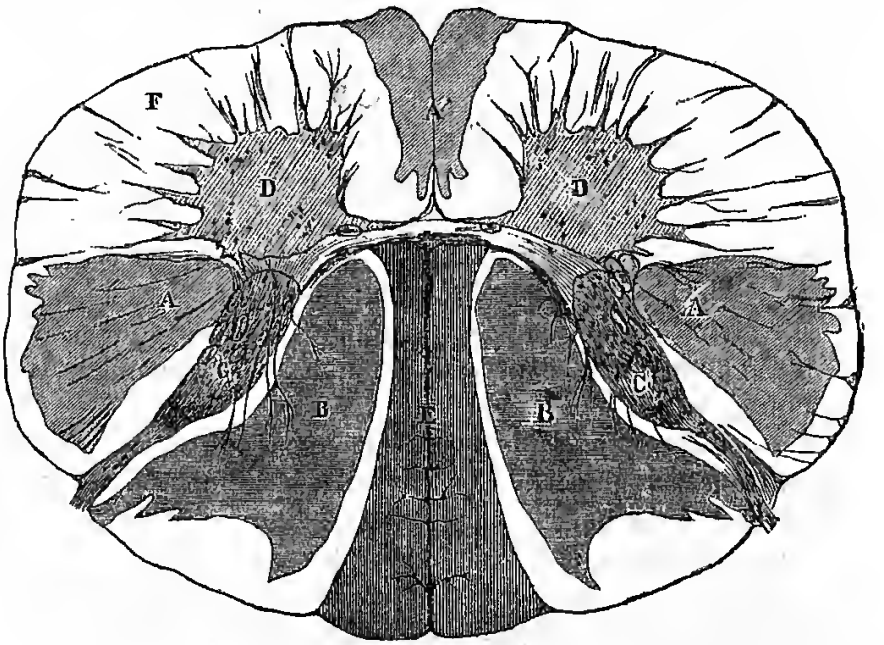
2° Les faisceaux antéro-latéraux des auteurs se décomposent en trois régions.

A. A. *Les faisceaux antéro-latéraux proprement dits* qui sont lésés symétriquement dans toute leur étendue dans la sclérose latérale symétrique et partiellement dans la sclérose descendante consécutive aux lésions cérébrales ou spinales en foyer.

A. *Les faisceaux de Trück* dont la pathologie se confond le plus souvent avec celles des précédents.

F. F. *Les zones radiculaires antérieures* en blanc ; rarement

isolées séparément, mais dont l'altération produit une paralysie amyotrophique dans le membre correspondant.



On connaît mal les effets d'une lésion isolée des commissures grises.

c. *Les cornes postérieures*, quand elles sont lésées profondément, donnent lieu à une anesthésie plus ou moins prononcée dans les parties du corps situées du même côté.

Pour les cornes grises antérieures, elles sont lésées isolément, primitivement ou secondairement; si la lésion porte sur les *grandes cellules motrices*, il en résulte la production d'une amyotrophie. Si la lésion se produit rapidement et à l'état aigu, on observe la paralysie spinale infantile; si au contraire elle se fait lentement et progressivement suivant le mode chronique, elle détermine les affections diverses confondues sous le nom d'atrophie musculaire progressive et que M. Charcot a divisées en amyotrophies spinales protopathiques et deutéropathiques.

Nous renvoyons le lecteur à la figure placée ci-dessus que nous devons à l'obligeance de M. Bourneville.

11° *Lésions médullo-bulbaires dans deux cas de paralysie générale des aliénés à forme spino-cérébrale*; par Henry Liouville.

Deux malades de la olinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, deux femmes, l'une de trente-trois ans et l'autre de trente-neuf, ont présenté pendant la vie les symptômes irrécusables de cette ma-

ladie. Nous remarquons au début la prédominance des accidents spinaux suivis des manifestations cérébrales caractéristiques. A l'autopsie les modifications des méninges cérébro-spinales et les lésions cérébrales étaient complètes, nous insisterons seulement sur les lésions spinales, et celles de la protubérance, du bulbe et de la moelle épinière :

La méningite spinale était considérable sous la forme de poussées aiguës entées sur des modifications chroniques; adhérences des 2 feuillets de l'arachnoïde avec épaississements et productions indurées distinctes d'un blanc grisâtre (taches de bougie); ni liquide séreux, ni sang; ni pus.

L'aspect extérieur de la moelle épinière et du bulbe montrait un état d'induration et d'atrophie et non une augmentation de volume.

Les racines spinales présentaient une induration scléreuse atrophique à leur sortie de la moelle, la lésion s'étendait aux vaisseaux sanguins.

La protubérance, le bulbe offraient des zones de sclérose.

Le plancher du quatrième ventricule, dans un cas, présentait un aspect chagriné considérable avec des petites saillies miliaires qui semblaient surgir du bec du calamus.

Dans l'autre cas, l'état granuleux allait jusqu'à la déformation du plancher.

Le canal central médullaire était oblitéré par le fait de la prolifération des noyaux et des cellules.

La moelle épinière était atteinte de sclérose, surtout pour les cordons blancs ; sclérose par zones, vers les racines postérieures et la périphérie; la substance grise est aussi atteinte, disparution et modifications des cellules, zones de désintégration granuleuse, augmentation des éléments nucléaires, altération des vaisseaux et de la névroglie. Dans un cas où la lésion était moins avancée, la substance grise présentait une tuméfaction hypérémique.

12° *Du monobromure de camphre dans l'épilepsie;* par Bourneville.

Instruit par l'expérience, le Dr Bourneville n'hésite pas à donner 50 centigrammes d'emblée et à porter la dose à deux grammes et au delà; le Dr Deneffe de Gagel a donné 4 grammes en vingt-quatre heures à un malade atteint de delirium tremens.

On a déjà constaté une grande diminution dans le nombre

des accès et surtout des vertiges et cependant le traitement a été essayé sur de vieilles épileptiques de la Salpêtrière.

13° *Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière*; par le Dr H. Liouville.

14. *Carcinôme de la dure-mère comprimant le ganglion de Gasser*; par Fioupe.

Cette production morbide, dont l'examen histologique a été fait, était constitué par un stroma fibreux avec grandes alvéoles remplies de cellules ; elle a déterminé les symptômes suivants : névralgie trifaciale droite, abolition du goût sur la moitié droite de la langue, perte de la vue et de l'odorat du même côté.

Le mouvement médical.

(Année 1873).

1° *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; leçons du professeur Charcot faites à la Salpêtrière et recueillies par Bourneville (nos 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 24 de l'année 1872; nos 1, 3, 5, 7 de 1873).

A. *De quelques troubles viscéraux chez les tabétiques.* — Ces leçons si intéressantes du professeur Charcot se terminaient en 1872 par l'étude des *crises gastriques*; mais il est d'autres *affections viscérales* qui coexistent seules avec les douleurs fulgurantes.

a. Certains troubles des organes génito-urinaires et du rectum; les envies fréquentes d'uriner avec dysurie; le satyriasis avec érection et éjaculation prématurée; un spasme douloureux du rectum.

b. Troubles oculo-pupillaires (Duchenne, de Boulogne) : les pupilles sont inégalement dilatées et du côté contracté (myosis), on observe des paralysies vaso-motrices, la joue est rouge, l'œil injecté et la température s'accroît relativement.

c. Troubles de la circulation : le pouls est accéléré d'une façon permanente et présente le dicrotisme signalé par Eulemburg. Au début de la maladie, il est bon de mentionner la fièvre qui accompagne les crises fulgurantes.

B. *De l'arthropathie des ataxiques*. — L'arthropathie des ataxiques est une des formes multiples de l'*arthropathie spinale*, sorte d'affections articulaires, qui paraissent être sous la dépen-

dance directe de lésions de la moelle épinière et dont elles constituent un symptôme encore assez fréquent.

a. Sans cause extérieure appréciable, et sans qu'on puisse invoquer l'influence du froid ou d'un état diathésique, goutte, rhumatisme, etc., il peut survenir une arthropathie spéciale aux ataxiques.

b. Elle se développe à une époque peu avancée de la maladie.

c. Les prodrômes se réduisent à quelques craquements articulaires.

d. Tuméfaction de tout le membre ; hydarthrose considérable ; empâtement de consistance autre que l'œdème vulgaire: pas de fièvre, en général, ni de douleur. Dans la forme bénigne, tout disparaît au bout de quelques semaines. Dans la forme maligne, il peut se produire des désordres graves, tels que dislocations, craquements et luxations.

e. Relativement à la fréquence, c'est le genou, puis l'épaule, enfin le coude, la hanche, le poignet qui sont affectés de préférence.

En dehors de la lésion commune et banale des cordons postérieurs des ataxiques, il a été impossible jusqu'ici d'assigner le siége précis de l'altération spinale relative aux arthropathies tabétiques.

2° *Anatomie normale; note sur la distribution des artères nourricières du cerveau*, par Henri Duret, interne des hôpitaux;

3° *Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale*, par Bourneville.

4° *De la compression lente de la moelle épinière*, leçons du professeur Charcot, faites à l'hospice de la Salpêtrière et recueillies par Bourneville (nos 9, 11, 16, 18).

§ I. *Prodrome anatomique*. — Au point de vue clinique, toutes les lésions organiques, capables de produire la compression lente de la moelle épinière, déterminent une sorte de paraplégie, en interrompant le cours des fibres nerveuses. Quelle que soit la cause de la compression lente, les désordres sont à peu près identiques et ne varient que suivant la région du centre nerveux spinal intéressé.

a. Tumeurs intra-spinales. — Les néoplasies qui composent les tumeurs prenant naissance dans la moelle elle-même, se substituent lentement aux éléments nerveux ; elles déterminent,

rapidement et dès l'origine, les désordres dus à l'interception des fibres nerveuses ; elles sont relativement rares. Parmi les tumeurs distinguons : le *gliome*, le *tubercule solitaire*, la *gomme* ou *syphilome*, la *dilatation kystique* du canal central de la moelle.

b. Tumeurs primitivement développées dans les méninges. — Ce sont, en général, suivant Gull, des tumeurs à néoplasies bénignes ; nous mentionnerons les plus communes : les diverses variétés de *sarcomes*, sarcome fuso-cellulaire ou médullaire à cellules rondes ; le *psammôme* ou *tumeur arénacée* propre à la région (sarcome angiolithique de MM. Rouvier et Cornil) ; *les échinocoques* developpées entre la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde ; les diverses néoplasies inflammatoires, la *pachyméningite interne* pouvant déterminer un hématôme, *la pachyméningite hypertrophique*.

c. Tumeurs et produits morbides primitivement développés dans le tissu cellulo-graisseux du rachis. La compression de la moelle a lieu immédiatement en refoulant la dure-mère ; ces tumeurs, ou produits morbides, tels que sarcome, kyste hydatique et les abcès se font, quelque fois jour à travers les trous de conjugaison ; mais, généralement, c'est une marche en sens inverse que l'on observe : des produits morbides de diverse nature (kystes hydatiques, abcès prévertébraux, anévrysmes de l'aorte) naissent en dehors du canal rachidien, et y pénètrent par les trous de conjugaison, ou par usure et dissociation des vertèbres. Citons encore les névromes, les fibromes, les myxomes à l'origine des nerfs, et dans leur enveloppe conjonctive.

d. Tumeurs vertébrales. Ce sont l'*arthrite sèche* des articulations vertébrales interapophysaires ; le *mal de Pott;* le *mal vertébral cancéreux*.

Après avoir passé en revue les principales lésions organiques qui peuvent déterminer la compression lente de la moelle, il faut étudier les effets de cette compression sur la texture de la moelle. Sous l'influence de la compression simple du début, la moelle, *au niveau du point comprimé*, ne présente pas de modification, mais plus tard, à l'œil nu, des ramollissements ou de l'induration ; et au microscope, on constate sur des coupes durcies, l'existence d'une myélite transverse interstitielle avec destruction plus ou moins complète des tubes nerveux.

Les lésions spinales ne restent pas confinées au point comprimé ; elles s'étendent, au-dessus et au-dessous de ce point, le

long de certains faisceaux de la moelle : au-dessus, elles intéressent les cordons postérieurs et au-dessous les cordons latéraux (Turck). Elles constituent, à un moment donné, une véritable myélite transverse avec sclérose ascendante et descendante.

§ II. *Symptômes.* — *a.* Symptômes extrinsèques. — On comprend, sous ce nom, les phénomènes qui s'entre-mêlent avec les symptômes particuliers de la compression spéciale. Nous citerons : 1° la présence d'une tumeur extra-rachidienne ; 2° la constatation d'une déformation de la moelle épinière ; 3° l'existence d'une douleur locale correspondant au lieu où siége la lésion ; 4° des symptômes résultant de l'irritation des racines ou des nerfs périphériques, symptômes spéciaux de la compression spinale lente, parce qu'ils font défaut, quand la cause de la compression se développe primitivement dans la moelle ; la douleur vive est un symptôme des lésions extra-spinales (Cruveilhier, Gull). Ces symptômes sont connus sous le nom de *pseudo-névralgies*, avec absence des points douloureux de la névralgie, mais production des troubles trophiques (zona, pemphigus, eschares, etc.). La douleur pseudo-névralgique s'observe donc dans tous les cas, et a été surtout étudiée dans les trois cas suivants : Tumeurs intra-rachidiennes ; mal de Pott ; cancer vertébral.

Ici s'arrête la publication du travail du professeur Charcot ; pour ne pas perdre le fruit de cette analyse nous renvoyons le lecteur au *Progrès médical* (même année) où l'étude des symptômes de la compression lente de la moelle a été terminée d'une façon aussi complète que possible.

5° *Observation d'amaurose hystérique*, par Bonnefoy.

6° *Des vomissements hystériques*, leçon recueillie à la clinique médicale de la Charité (M. Bouchard) par Joseph Michel.

7° *Relation de l'autopsie du sieur Sandon*, par le Dr Liouville.

(Année 1874).

8° *Leçons sur la paralysie générale*, de M. Brouardel, recueillies par M. Descout à la clinique de la Charité.

9° *Structure de la substance grise du cerveau*; par le Dr Luys, (nos 21, 22).

Leçons faites à la Salpêtrière et recueillies par MM. A. M., A. Bermond. Les travaux du Dr Luys ont un cachet tout spé-

cial, qui n'est pas susceptible d'analyse ; nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au travail original.

10° *Anatomie pathologique de la substance corticale*; par le Dr Luys, leçons recueillies par J. Dave (n° 28).

C'est une revue complète des altérations pathologiques qui peuvent se produire dans la substance grise. C'est un travail assez long, un article de fond, bon à consulter ; M. Luys s'y montre historien et novateur.

11° *De la paralysie infantile;* leçons cliniques du Dr Henri Roger, faites à l'hôpital des Enfants malades (nos 26, 30, 32).

12° *Description de la substance blanche corticale*; leçon du Dr Luys, faite à la Salpêtrière et recueillie par J. Dave (n° 30).

13° *Couche optique*; description du Dr Luys publiée par J. Dave (nos 32, 36).

14° *Corps strié*, description du Dr Luys, recueillie par J. Dave (nos 39, 42).

15° *Anatomie pathologique de la paralysie générale*; leçon du Dr Ball à l'Hôtel-Dieu de Paris (n° 45).

Suivant M. Ball, les lésions anatomiques constatées par Bayle, Joire, Calmeil, Baillarger, ne peuvent arriver à caractériser la paralysie générale. Toutefois, il reconnaît qu'avec la macroscopie on ne pouvait mieux faire. C'est Rokitanski qui a eu le mérite de signaler le premier la lésion de la substance interstitielle du cerveau, lésion hypertrophique qui amène la destruction des éléments nerveux. Salomon a aussi décrit des épaississements de la substance corticale. MM. Magnan et Hayem ont amplifié les travaux de Rokitanski et ont démontré la prolifération des éléments nucléaires dans la moelle. Meynert a surtout étudié le système vasculaire, en a démontré les altérations si nombreuses, décrites aussi avec tant de soin par MM. Bonnet et Pointcarré (que M. Ball oublie à tort). Lubinoff a aussi signalé l'hypertrophie du tissu conjonctif. Westphal affirme la constance des altérations spinales et regarde comme des alcooliques, tous les paralysés généraux dont la moelle ne présente pas une dégénération des cordons postérieurs ou une myélite chronique. Les lésions spinales seraient postérieures aux lésions encéphaliques.

En résumé, pour Bayle, la paralysie générale est une méningite; pour Calmeil une méningo-encéphalite; pour les observateurs modernes une inflammation interstitielle.

Dr Doutrebente.

LA NOTION DE LA PERSONNALITÉ.

Lettre de M. Paul Janet à M. Émile Alglave.

Mon cher ami,

Vous m'avez demandé un article sur la communication si curieuse de M. Azam à l'Académie des sciences morales. Je suis malheureusement trop chargé d'occupations pour me livrer à un tel travail et pour donner à cette question toute l'attention qu'elle mérite. Le fait de la double personnalité, dont le cas de M. Azam n'est pas, il le reconnaît lui-même, un cas parfaitement pur, mais dont il y a des exemples encore plus frappants, a certainement de quoi faire réfléchir sur la nature et la condition de la notion de personnalité. Je crois cependant que ce cas n'offre pas en définitive une difficulté de plus que le rêve ou le somnambulisme, dont il n'est qu'une très-étonnante extension. Néanmoins, il faut reconnaître que dans ce fait et dans les faits semblables, la difficulté est grossie et mise en relief. Voici en quoi elle consiste : Si le moi peut se sentir double, en quoi consiste son unité, que les psychologues spiritualistes considèrent comme la base fondamentale de leur doctrine.

En réfléchissant sur cette difficulté, il m'a semblé qu'on était conduit par là à décomposer le fait de conscience en deux éléments. Il y aurait, dans la conscience, deux affirmations distinctes : 1° Je suis moi; 2° je suis un tel moi. — Autre chose est dire : Je suis; autre chose est dire : Je suis Pierre ou Paul. Lorsque Descartes dit : *Cogito, ergo sum*, il n'ajoute pas : *sum Cartesius*. Peu lui importe, qu'il soit Descartes ou un autre. C'est son existence pure qu'il affirme et rien de plus. Il y aurait donc, d'après cela, deux choses dans le fait de conscience : 1° le sentiment fondamental de l'existence, que nous appelons le sentiment du moi; lequel est indivisible, et ne peut varier que par l'intensité: 2° le sentiment de l'individualité, lequel est un fait complexe et peut varier dans ses éléments, sans que le sentiment fondamental soit atteint. Le sentiment de l'individualité détermine le sentiment du moi, mais ne le constitue pas. L'individualité se

compose de beaucoup d'éléments, dont quelques-uns sont purement extérieurs au moi proprement dit. Par exemple, mon nom est un ensemble de sons que j'ai pris l'habitude d'associer à l'idée de moi-même, et qui fait presque partie intégrante de moi, mais qu'on peut considérer comme séparé; de même, mon corps, mon visage, ma tournure, même mes habits, ma canne, mes lunettes, etc., font partie de mon moi extérieur, et entrent dans le sentiment que j'ai de mon individualité. De même encore, la position que j'ai dans le monde, mes intérêts, mes affaires, etc. Or ce moi extérieur, intimement lié au moi intérieur, peut cependant se distinguer de lui. Je puis oublier mon nom, mon âge, ma demeure, etc., sans cesser d'être moi. Dans l'abstraction que faisait Descartes du monde extérieur, il comprenait tout cet ensemble de choses; il citait par exemple ceux qui croient avoir un corps de verre. On comprend donc qu'il puisse y avoir erreur sur ce moi extérieur, sans que le moi fondamental soit atteint: « Qui êtes-vous, disait M. Ferrus à une aliénée? — Vous savez bien que je suis Marie-Louise. — Oui, mais auparavant? — Marchande de poissons. » Dans ce cas, on voit bien la persistance du moi fondamental dans le changement du moi extérieur. Car c'était bien le même moi évidemment qui croyait être Marie-Louise, et qui se souvenait d'avoir été marchande de poissons (1). Cette distinction se vérifie même dans l'état normal. Quand on est fort occupé à une pensée, on a certainement conscience de soi, mais on oublie son individualité. Par exemple, quand je pense fortement aux propriétés du carré de l'hypothénuse, j'oublie entièrement qui je suis en tant qu'individu. Le sentiment de l'individualité disparaît, ou du moins reste dans la pénombre; mais le moi ne disparaît pas pour cela. On comprend donc qu'il puisse y avoir erreur sur le moi extérieur

(1) Nous avons vu nous-même un aliéné qui croyait avoir perdu son moi. « Vous êtes bien heureux, vous autres, nous disait-il, vous avez un moi qui vous anime et qui vous fait vivre. Pour moi, il en est autrement, mon corps n'est soutenu que par les puissances extérieures de la nature, il n'a plus de principe intérieur qui l'anime. Je n'ai plus de moi. » Cet homme qui était presque mourant (il est mort quelques heures après), sentait la vie lui échapper. Il s'objectivait en quelque sorte lui-même, et il n'apercevait pas la contradiction radicale d'un moi qui a perdu son moi. Les aliénés qui se croient morts sont dans une situation analogue.

(*Note de M. Sales-Girons.*)

erreur dans la personne, comme dit le Code), sans que le moi fondamental soit atteint; et c'est de ce moi fondamental que parlent les psychologues quand ils traitent de l'identité du moi.

Ces idées auraient grandement besoin d'être développées; je vous les livre telles qu'elles sont, le loisir me manquant entièrement pour un tel travail.

Tout à vous,

Paul JANET.

(*La Revue scientifique.*)

DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ.

(*Suite de l'histoire de Félida X****) (1).

Arcachon, 6 *septembre* 1876.

Mon cher monsieur Alglave,

L'histoire de Félida, que vous avez bien voulu publier dans la *Revue scientifique* du 29 mai dernier, a soulevé des objections auxquelles je vous demande la permission de répondre.

De plus, je crois que vos lecteurs apprendront avec intérêt les faits nouveaux observés chez Félida depuis ma dernière étude.

I

On sait qu'en fait, et quelque interprétation qu'on en donne, cette jeune femme a ou paraît avoir deux consciences, deux personnalités, dont l'une est séparée de l'autre par l'absence du souvenir; l'une de ces personnalités, qui sur deux ou trois mois ne dure que quelques heures, est la représentation exacte, la suite du mode d'existence de Félida jusqu'à l'âge de quinze ans, c'est-à-dire de sa vie ordinaire jusqu'à l'observation de la maladie. Les périodes qui, en 1858, duraient plusieurs jours, ont diminué peu à peu jusqu'à deux ou trois heures. Or, pendant ce temps d'existence normale, Félida ignore absolument tout ce qui s'est passé pendant les deux ou trois mois de condition seconde qui précèdent. L'autre personnalité, c'est la condition seconde qui est aujourd'hui la vie presque entière, état acquis, lequel grandissant année par année depuis dix-huit ans, est arrivé à l'énorme importance actuelle; cet état plus complet que le précédent, est caractérisé par l'intégrité de tous les sens et de toutes les facultés, particulièrement de la mémoire : pendant sa durée, Félida se souvient non-seulement

(1) Voy. *Annales Médico-psychologiques*, 1876, t. XVI, p. 5.

de ce qui s'est passé pendant la condition seconde qui précède, mais aussi pendant les courtes périodes d'état normal.

Il faut qu'il soit bien naturel de penser que la perfection est l'apanage de l'état normal; car la plupart des lecteurs de l'histoire de Félida disent ou écrivent que je me trompe, et que son état normal ne peut être que celui qui est caractérisé par l'intégrité du souvenir.

Cette objection, que je reconnais du reste être naturelle, m'avait été faite pour la première fois par M. Bersot, à qui, l'an dernier, j'avais lu mon manuscrit avant de l'adresser à l'Institut; mais l'éminent philosophe avait été convaincu par ma réponse verbale, et j'avais ajouté le résumé de cette réponse à mon travail. J'y ai donc déjà répondu. Malgré cela, il paraît nécessaire d'y revenir; je le ferai donc avec quelques développements.

Cependant, avant de traiter ce point, vous me permettrez de m'occuper en peu de mots d'une objection sérieuse que je trouve dans le journal de philosophie *Mind* (1).

Le savant professeur Robertson, auteur de l'article, dit à peu près ceci :

« M. Azam appelle état NORMAL, chez Félida, un état qui est caractérisé par l'absence du souvenir. Or il croit que cette amnésie est due à une diminution momentanée dans l'apport du sang à une certaine partie du cerveau; mais ce phénomène est morbide. Comment alors admettre que l'état qui le caractérise soit *normal*, et n'est-il pas plus rationnel de supposer que les deux existences de Félida sont morbides? »

Je trouve cette objection si sérieuse, que je suis disposé à l'admettre sans difficulté; car M. Robertson et moi ne différons que par l'interprétation d'un mot.

En effet, en appelant *normal* l'un des états de Félida, je n'ai pas voulu dire état de *santé parfaite*. Je ne l'ai nommé ainsi que par comparaison avec l'autre, et par suite de l'absence d'un mot plus convenable. Mais, en fait, aucun des deux états n'est normal; car, je l'ai dit, Félida est hystérique. Cette diathèse domine sa vie entière, et dans ses deux existences, dans ses deux conditions, nous trouvons des phénomènes appartenant à cette maladie, si bien que l'amnésie qui en découle peut exister dans l'état normal au même titre que

(1) *The Mind*, July, 1876. Reports, p. 414.

les douleurs nerveuses, les convulsions, les sommeils subits, etc., etc., qu'on rencontre dans ce même état.

Il n'y a donc aucune difficulté à ce que j'admette, avec M. Robertson, que les deux états sont plus ou moins morbides, tout en pensant que l'un d'eux, celui que je nomme NORMAL, faute d'un meilleur mot, ressemble plus que l'autre à la vie antérieure, laquelle m'est assez inconnue et qui n'a jamais dû être la *santé parfaite*, bien qu'elle n'ait pas préoccupé l'entourage de Félida.

En ce qui touche la seconde objection signalée, je ne répéterai pas les arguments que j'ai donnés dans mon travail précédent et que je considère toujours comme bons ; mais j'apporterai des raisonnements nouveaux basés sur l'analyse du sommeil et du somnambulisme.

Avant d'entrer dans cette analyse, je rappellerai comment se comporte la mémoire dans les diverses formes du rêve. Ce sera comme un préambule.

D'ordinaire, le rêve simple laisse des traces dans le souvenir; mais il arrive souvent que le souvenir est si fugace, qu'on croit n'avoir point rêvé. De plus, il est arrivé à tout le monde de continuer la nuit suivante un rêve commencé ; on peut rêver d'un rêve : même dans cet état quasi-physiologique, il y a liaison entre les états surajoutés.

Pour peu que leur somnambulisme soit complet, les somnambules ne se rappellent jamais leurs accès; de plus, dans ces accès, ils se souviennent parfaitement de leur existence ordinaire, laquelle est toujours la base, le point de départ de leurs idées ou de leurs actes. S'ils ne s'en souvenaient point, à quoi pourraient-ils penser, au moins dans le premier accès?.. Enfin, dans cet état, ils ont le parfait souvenir des accès analogues, qui sont ainsi reliés entre eux, la mémoire chevauchant, comme chez Félida, par-dessus les périodes d'état normal. Tout le monde sait l'histoire de la jeune fille qui, ayant été outragée pendant qu'elle était en somnambulisme, l'ignorait pendant la veille, mais raconta tous les détails de cet outrage à sa mère pendant l'accès suivant.

Félida, malgré la perfection de sa condition seconde qui est une vraie vie, même supérieure à l'autre, rentre donc, au point de vue de la mémoire, dans la règle ordinaire, sauf qu'elle y voit : elle est une somnambule comme les autres.

Voici maintenant ce qui se passe chez le rêveur et chez le somnambule : la nuit est venue, le calme s'est fait; fatigué

par le travail, l'homme s'étend et s'endort. S'il est bien portant, son sommeil est profond et son corps peu sensible aux excitants extérieurs. A son réveil, il est reposé et n'a aucun souvenir de ses rêves s'il en a fait, ou bien il n'a pas rêvé. Pendant ce temps, son pouls est calme, l'activité de sa circulation générale est diminuée; si même pendant son sommeil il accomplit un acte physiologique qui nécessite hors du cerveau l'appel du sang, la digestion d'un bon repas, par exemple, son sommeil est plus profond encore. Tout le monde sait cela, de même qu'on sait aujourd'hui en physiologie que, pendant le sommeil, le cerveau est dans un état relatif d'anémie.

Mais, pendant la veille, cet homme est agité par des préoccupations. Il pense beaucoup, ou en dormant il est soumis à des excitants quelconques; alors il dort moins profondément, il n'a plus le sommeil *dur*, il a le sommeil léger. Il rêve et ses rêves, depuis le plus simple jusqu'au cauchemar, portent l'empreinte de ces préoccupations ou de ces excitants physiques. Le cerveau conservant un reste d'activité, certaines de ses fonctions sont en jeu, et le rêve se rapproche plus ou moins de la réalité suivant que le raisonnement et la coordination des idées demeurent plus ou moins actifs. Ces deux fonctions constituant le lien qui réunit en faisceau les facultés de l'esprit, s'il se relâche, celles-ci flottant indécises, la moindre impulsion agit sur elles et leur donne une direction souvent fort singulière. Mais ce qu'on sait des actes réflexes explique suffisamment ces prétendues singularités.

Un exemple me fera mieux comprendre; vous me pardonnerez de le tirer de moi-même. En cela je suis la méthode excellente de M. Alfred Maury.

Au printemps, quand les matinées sont fraîches, je fais toujours le même rêve. Je me représente une plage, une rivière, avec un paysage quelconque à moi connu ou fait de souvenirs (le rêve n'inventant rien) et je prends un bain froid. Si je m'éveille, j'acquiers la certitude que mon corps entier est refroidi et que mon rêve n'est que le résultat de la sensation de froid dont je n'ai pas eu conscience, mais qui suffisamment sentie par ma peau et perçue par mon cerveau, a agi comme action réflexe et a enfanté l'idée du bain froid par lequel mon corps s'est rafraîchi. Mais je m'éveille et j'augmente mes couvertures; alors, cette forme de rêve disparaît; la chaleur revenant et rappelant à la peau le sang du cerveau, le sommeil redevient profond et sans rêves. Quand on a la fièvre, on fait toujours

le même rêve, on voit confusément des montagnes et des précipices se mouvant par des ondulations immenses, incohérentes et tourmentées. C'est que le cœur, violemment agité, envoie au cerveau des quantités anomales de sang, lesquelles arrivant à flots pressés, troublent le calme ordinaire des rêves et enfantent ces conceptions maladives.

Par contre, si les ivrognes dorment si fort, ils le doivent non à une prétendue congestion momentanée, mais à l'anémie cérébrale que cause le grand appel de sang fait à l'estomac et au poumon par la digestion et la combustion d'aliments très-alcoolisés.

De même, interrogez les femmes grosses ou qui ont eu des enfants à la suite de grossesses ordinaires; toutes vous diront que jamais elles n'ont plus profondément dormi que pendant leur gestation, alors leur sommeil était calme et sans rêves : rien n'est plus naturel si l'on songe à la dérivation considérable du sang vers l'utérus et son contenu, dérivation qui se fait aux dépens du cerveau comme des autres organes, mais qui chez lui est plus sensible que chez aucun autre.

Une sensation plus forte, une douleur insuffisante cependant pour éveiller le dormeur, provoquent le cauchemar; la légende du chat noir ou du diable qui, assis sur la poitrine du dormeur, l'oppresse et l'épouvante de ses yeux flamboyants, a son origine dans une gêne accidentelle ou maladive de la respiration, laquelle se transforme en ces idées que perpétue la tradition. La légende du vampire qui suce le sang des filles de la Valachie a une source analogue. Le malheureux dormeur, dont l'esprit est rempli d'histoires fantastiques, est la victime d'un rêve que fait naître dans son cerveau une douleur physique ou la morsure d'un animal, d'un insecte quelconque. Scrutez à fond les histoires de revenants et de fantômes, vous n'y trouverez qu'hallucinations, rêves pénibles ou maladifs ; la poésie et l'imagination font le reste.

Chacun en étudiant son propre sommeil se rendra compte de la réalité de ce que j'avance.

Ce que je viens de dire ne s'applique qu'au sommeil ordinaire plus ou moins profond ; recherchez maintenant les divers degrés qui nous conduisent de ce sommeil de tout le monde à la condition seconde de Félida X..... et nous verrons comment cette jeune femme n'est autre chose qu'une somnambule dont tous les sens, toutes les facultés sont actifs, en un mot une somnambule *totale*.

Pour moi, en effet, j'y insiste malgré la singularité d'une assertion qui renverse l'idée qu'on se fait d'ordinaire des somnambules, lesquels sont gens qui marchent les yeux fermés.... Félida n'en est pas moins une somnambule, mais dont *tous* les sens et *toutes* les facultés fonctionnent d'une façon normale. Pour tout le monde elle est éveillée, car elle a tous les caractères de la veille. Cependant, en fait, elle ne veille point : c'est, je le répète, une somnambule parfaite, ou mieux, *totale*.

Pour le mieux démontrer, je passerai en revue dans l'analyse qui suit quelques-uns des degrés et des variétés du somnambulisme, et je montrerai que cette gradation vers la perfection ou la *totalité* n'est due qu'à la persistance ou à l'éveil successifs des sens et des facultés. Je crois par cette méthode aider à la solution de ce problème difficile.

Notre dormeur est un enfant de huit à douze ans ; il dort profondément comme on dort à son âge ; on lui parle doucement et d'une voix monotone, il ne s'éveille pas, mais répond.... On dirige sa pensée à volonté et on lui fait dire ce qu'il aurait lu pendant la veille ; bien plus, il obéit au désir d'autrui, se retourne, boit, etc., etc....

Son activité obéissante peut aller plus loin encore. On sait l'histoire du jeune officier de marine auquel ses camarades s'amusaient à suggérer des rêves, et qui, dormant sur un banc, se précipite sur le pont croyant plonger et sauver de la mer son meilleur ami qu'on lui disait se noyer. Chacun a autour de soi des exemples semblables, et on n'a qu'à les rechercher.

Il en peut être de même pour nombre d'autres endormis dont on a provoqué le sommeil par des manœuvres diverses, ou qui ont été soumis à l'ivresse, au chloroforme, au hachisch ou à la belladone, etc., etc.

Chez les hypnotisés, par exemple, la suggestion peut avoir une importance plus grande encore ; placez un somnambule de cet ordre dans la posture d'un homme qui prie ou qui combat (l'état cataleptique de ses membres le permet), bientôt son visage exprime la colère ou la piété, et s'il peut parler il raconte quelque scène violente ou religieuse.

Ainsi, d'où que vienne l'ordre, qu'il passe par le sens de l'ouïe ou par le sens musculaire, les facultés de l'esprit flottant indécises, sans volonté, sans coordination, subissent passivement l'influence étrangère, le tout à l'insu de la personne qui

après ces actes et ces paroles s'éveille sans en avoir conservé le moindre souvenir.

Mais l'activité de notre dormeur peut être plus grande, son sens musculaire s'éveille partiellement, il *marche endormi*, certains sens, certaines facultés deviennent actifs, il est *somnambule*.

Ici, depuis l'enfant que tout le monde connaît, et qui se levant sous l'influence du rêve s'éveille après avoir heurté les meubles de sa chambre, depuis le marcheur qui endormi poursuit sa route, jusqu'à la condition seconde de Félida, somnambulisme *total* ou parfait, on peut observer tous les degrés.

Chaque sens, chaque faculté de l'esprit qui s'éveille partiellement ou isolément donne au somnambule un degré de perfection de plus; bien mieux, tel sens ou telle faculté isolément exalté peut dans son fonctionnement dépasser de beaucoup la puissance normale; alors le dormeur devient un phénomène, un prodige, il entend par le talon, voit par le creux de l'estomac, prédit l'avenir, donne des consultations infaillibles et sait ce qui se passe à mille lieues de lui.

Habitués que nous sommes à voir nos sens et nos facultés réglés dans un certain équilibre relatif et avoir une puissance moyenne, quand cet équilibre est rompu au profit de tel ou tel d'entre eux, nous crions au miracle. Dans l'indigence ordinaire de notre nature, nous avons sans doute lieu de nous étonner, mais il n'est pas défendu de chercher des explications, car crier sans cesse au prodige, quand nous rencontrons un problème difficile, est preuve d'ignorance et d'incapacité.

Que peut-il se passer, après tout, chez cet étonnant dormeur?....

Sans devenir normale sa vue s'exalte, sa rétine est hyperesthésiée; il voit dans l'obscurité. Or ce que nous appelons obscurité, nous, gens éveillés, n'est pas l'absence absolue de lumière. Sa rétine plus sensible que la nôtre se contente d'une lumière plus faible, il passe momentanément à l'état du chat ou de l'oiseau de nuit; la malade dont M. Dufay, de Blois, a entretenu vos lecteurs (1), et qui enfilait son aiguille sous la table, est un nouvel exemple de ce que je rappelle : cent fois j'en ai fait l'expérience, le somnambule cesse tout

(1) *Annales méd. psychol.* n° de septembre 1876.

travail si l'on interpose entre ses yeux et l'œuvre commencée un corps absolument opaque, à moins que pour ce travail le sens museulaire exalté ne puisse, comme chez l'aveugle, remplacer la vue, et de plus, ses yeux bien que paraissant fermés, ne le sont jamais complétement. L'exaltation ou la perversion du goût et de l'odorat amènent des phénomènes analogues. Et le sens museulaire hyperesthésié donne au somnambule l'équilibre du danseur de corde qui le fait marcher sur l'arête d'un toit.

Tel somnambule dont l'abstraction ou d'autres facultés veillent encore et s'exaltent, résout un problème au-dessus de ses moyens ordinaires ou compose des vers grecs; tel autre, dont la mémoire est devenue prodigieuse, raconte des faits d'autrefois que dans la veille il paraissait avoir oubliés — l'entourage croit qu'il les invente ou les devine; — tel parle une langue que les auditeurs étonnés croient qu'il n'a jamais apprise. Tout cela n'est après tout que réminiscences, pour lesquelles, on le sait, la durée n'existe pas. Les beaux livres de MM. Alfred Maury, Bersot, Albert Lemoine, etc., et les innombrables histoires de somnambules depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, sont remplis de faits semblables. Relisez ces relations, analysez-les au même point de vue, et vous verrez la prédominance de telle ou telle faculté, la persistance ou l'exaltation temporaire de tel ou tel sens donnant à chacun d'eux le caractère extraordinaire qui le distingue des autres et frappe l'observateur.

Mais, je le reconnais, dans aucun fait relaté jusqu'ici vous ne verrez le sens de la vue ayant persisté, donner à un somnambule le singulier caractère de la condition seconde de Félida.

Loin de moi, cher monsieur Alglave, la pensée de traiter à fond, dans une lettre, un si vaste sujet; je n'en veux retenir que ceci :

Les somnambules, quelle que soit l'origine de leur état, diffèrent suivant que tel ou tel sens, telle ou telle faculté prédomine chez eux, et aussi suivant la nature de leur esprit, la qualité de leurs sens; j'ai vu un sourd somnambule, rien n'était plus bizarre.

De plus, leurs idées flottantes privées d'équilibre et de coordination peuvent être dirigées à travers, soit par leur entourage, soit par des suggestions venues d'excitants extérieurs, bruits, odeurs, dont cet entourage ne peut avoir la moindre notion.

Un exemple me fera mieux comprendre : Prenons un somnambule dont le sens de l'ouïe est momentanément exalté, il entend ce que nul n'entend autour de lui; mais il dort, ses facultés intellectuelles sont flottantes, alors la perception de ces sons donne en lui naissance à une série d'idées-images. — Ainsi loin de lui on touche du piano, son ouïe exaltée permet à lui seul d'entendre : alors ces sons deviennent un concert admirable dont il voit les splendeurs; il entend les mélodies célestes et se croit en paradis, l'entourage stupéfait écoute le récit de ces merveilles, et si notre somnambule parle d'enfer ou de meurtre, on en fait un possédé du diable. Mon compatriote Pierre de Lancre a brûlé bien des innocents qui n'en avaient pas tant dit. Cependant quoi de plus simple? Plus grand sera le nombre des sens ou des facultés qui fonctionnent chez le somnambule, plus son état sera extraordinaire, car plus il se rapproche de la vie normale, plus il est étrange.

Ce qui lui manque le plus, quelle que soit cette perfection relative, c'est l'équilibre fonctionnel. Tous les sens n'agissent pas ou agissent mal. Il ne saurait donc avoir du monde extérieur qu'une idée fausse ou incomplète.

Que faudrait-il donc pour que ce somnambulisme fût parfait? Il faudrait le fonctionnement *total* des facultés et des sens, particulièrement du maître d'entre eux, de la vue. Celle-ci, en effet, donne la notion exacte du monde extérieur, par suite rectifie les idées et aide à les coordonner (je ne parle, bien entendu, que de l'homme sain d'esprit et non de l'halluciné).

Mais ce somnambule fictif, dans lequel les facultés de l'esprit agiraient à l'ordinaire, et auquel les sens fonctionnant régulièrement donneraient la notion exacte de ce qui l'entoure, n'est autre chose qu'un homme ordinaire, éveillé.

Je reconnais qu'il en a temporairement toutes les apparences; mais pour l'observateur il n'en a pas la réalité, car l'accès passé il rentre dans la vie ordinaire, et alors il a oublié, comme un somnambule qu'il est, tout ce qui s'est passé pendant son accès, pendant sa condition seconde ou sa deuxième vie, quelle que soit la durée, la perfection ou la cause de celle-ci.

Donc l'absence de souvenir demeure le critérium de la différence des deux états, et si par hypothèse nous supprimons ce critérium, nous n'en saurons plus faire la distinction. Il doit y avoir des gens que nous trouvons bizarres ou fous, surtout parce qu'ils ne nous ressemblent pas, et qui ne sont

que des *somnambules totaux gardant le souvenir de leurs accès*, — ceci, bien entendu, ne peut être qu'une hypothèse dont la vérification est impossible dans l'état actuel de l'analyse psychologique. — Cependant je la livre aux méditations des lecteurs. Tous les somnambules ont donc ce caractère commun : l'absence du souvenir de l'accès. Ainsi est la malade de M. Dufay, de Blois : aussi, la comparant à Félida, mon savant confrère dit : « Chez l'une comme chez l'autre, » l'amnésie appartient à l'état normal, à l'état physiologique. »

Or, soit dit en passant, je ne pense pas qu'aucun critique ait la pensée que, chez la malade de Blois, l'état normal soit le plus parfait, celui dans lequel elle se souvient de sa vie entière, bien que pendant cet état, ainsi que pour Félida, son intelligence soit supérieure à ce qu'elle est dans l'autre.

Eh bien, rendez par la pensée à Mlle K...., de Blois, le sens complet et normal de la vue, mettez-la ainsi en rapport avec le monde extérieur : elle aura toutes les apparences de la vie ordinaire, avec une intelligence plus grande. Ce sera une somnambule *totale*, et au point de vue psychologique elle sera Félida X....

Abordons maintenant une question fort délicate. Ces deux états séparés l'un de l'autre par l'amnésie constituent-ils un dédoublement de la personnalité, une double conscience ?...

Interrogé par vous, un éminent philosophe, M. Paul Janet, ne croit pas qu'il en soit ainsi, tant pour Félida que pour d'autres exemples célèbres.

Raisonnant au point de vue psychologique pur, il dit que la nature du moi est faite de deux éléments : « 1° Le senti- » ment fondamental de l'existence, que nous appelons le sen- » timent du moi, lequel est indivisible et ne peut varier » que par l'intensité. 2° Le sentiment de l'individualité, le- » quel est un fait complexe et peut varier dans ses éléments » sans que le sentiment du moi soit atteint. Ce sentiment » de l'individualité détermine le sentiment du moi, mais ne » le constitue pas (1). »

Le moi fondamental ne saurait donc être atteint par des variations dans le sentiment de l'individualité.

Je n'ai pas à m'étendre sur cette explication ingénieuse et subtile, car en fait je n'ai jamais pensé que telle qu'elle est Félida fût un exemple pur de double conscience. En effet,

(1) Paul Janet, *La notion de la personnalité* (*Revue scientifique*, 876, n° 50).

elle se sent toujours la même personne, et n'a pas la conscience d'une double existence comme la dame anglaise qui à certains moments croyait être un vieux *clergyman*.

Cependant, s'il en est ainsi de Félida, en ce qui touche à sa propre conscience, — celui qui l'observe ne peut s'empêcher de penser que l'absence de souvenir établit entre ses deux modes d'existence une barrière si haute, que cette jeune femme n'a pas dans l'état normal plus de connaissance de ce qu'elle a fait ou pensé pendant sa condition seconde, que si une autre personne avait fait ou pensé ces mêmes choses.

Par l'analyse qui précède, je crois avoir établi que l'éveil successif des sens et des facultés constitue une gradation du sommeil ordinaire au somnambulisme, que j'appellerai *total*, en passant par toutes les formes connues du somnambulisme.

Il en résulte que Félida n'est qu'une somnambule chez laquelle, en plus des autres sens ou facultés, le sens de la vue, accidentellement éveillé, fonctionne normalement; par suite elle a la notion exacte de ce qui l'entoure et peut rectifier les impressions fausses qu'auraient pu lui donner les autres sens; c'est ainsi que sa condition seconde est une personnalité complète.

Mais, cher monsieur Alglave, les réflexions qu'un tel sujet provoque pourraient nous conduire trop loin; il suffit d'en dire assez pour provoquer les pensées de vos lecteurs, pour les engager à étudier leur propre sommeil, celui de leur entourage.

Je serai assez récompensé de mon travail si, rencontrant quelque anomalie comme celle que présente Félida — ils l'analysent et la publient.

N'oublions pas les sages paroles du grand physicien M. Crookes, que vous avez récemment imprimées :

« Les anomalies peuvent être regardées comme les po-
» teaux indicateurs sur la route des recherches, elles nous
» montrent les chemins qui mènent à des découvertes nou-
» velles. »

II

Voici maintenant les observations nouvelles que j'ai pu faire sur Félida depuis ma dernière publication, et son état en septembre 1876.

Au moment où s'arrêtait mon étude, les conditions secondes duraient environ deux ou trois mois contre des intervalles d'état normal de douze à quinze heures; cette situation ne

s'est pas maintenue. Pendant les mois de novembre et décembre 1875, chaque jour et à des heures indéterminées s'est montrée uno période d'état normal de quelques minutes à une demi-heure de durée. En janvier 1876, les intervalles grandissent, et dans les trois ou quatre mois qui suivent ils arrivent jusqu'à vingt-cinq jours contre deux ou trois heures d'état normal.

Aujourd'hui 6 septembre 1876, Félida n'a pas eu de période de vie normale depuis environ deux mois et demi, et la dernière n'a duré quo trois heures. Du reste rien de changé dans les caractères respectifs des doux états ; cependant le désespoir que lui cause cotte amnésie est devenu si grand, que pendant une de ses dernières périodes de sa vie normale Félida a cherché à se suicider. Je ne l'ai appris que récemment. — Cetto pénible disposition d'esprit doit fortement influer sur son caractère et accuser plus encore les différences que celui-ci présente dans les deux états.

Il y a évidemment tendance chez Félida à revenir à l'état décrit dans mon travail précédent, dans lequel la condition seconde durait trois et quatre mois contro douze à quinze heures d'état normal.

Plus que jamais, Félida est impressionnable et souffre de mille douleurs.

Ici, bien que les phénomènes que je vais décrire touchent plus particulièrement à l'hystério proprement dite, je vous demande la permission de les dire, vu leur singularité, — vu aussi l'appui qu'ils donnent à la théorie de cette maladie, que j'ai précédemment exposée :

Félida perd des quantités de plus en plus notables de sang par la muqueuse de l'estomac ou de l'œsophago. Il s'écoule lentement de sa bouche pendant son sommeil. Alors, je le dis en passant, elle rêve qu'elle est à l'abattoir ou qu'elle voit égorger quelqu'un.

Une fois, pendant la nuit, sans blessure d'aucune sorte, il s'est écoulé, par exsudation, de la partio postérieure de la tête une notable quantité de sang. — Elle a des saignements de nez d'une seule narine, la gauche.

Spontanément, une moitié de sa face rougit ; aussi des points épars sur les membres du même côté et les points rougis donnent une vive sensation de chaleur, presque de brûluro. Ces sensations s'accompagnent d'un gonflement local quelquofois si marqué, qu'un jour Félida étant dans la rue, le gant qui recouvrait sa main gauche en a craqué.

Du côté des sens, on observe aussi des phénomènes singuliers. Félida est très-souvent sourde de l'oreille gauche ; son odorat est presque oblitéré, sauf pour l'odeur du sang, qu'elle perçoit mieux qu'aucune autre. Son goût est presque nul.

La prédominance des accidents du côté gauche n'a rien d'extraordinaire ; elle est de règle dans l'hystérie ; on ignore encore pourquoi.

On voit combien ces faits viennent à l'appui de ma pensée que les phénomènes de nature hystérique sont sous la dépendance immédiate de la circulation capillaire. Que sont, en effet, ces hémorrhagies, ces gonflements ? Ce sont des états passifs, ce sont les effets d'une paralysie momentanée des tuniques des capillaires. Ceux-ci se laissant distendre outre mesure par l'impulsion du cœur, le sang transude au travers de leurs parois ; par suite, il suinte des muqueuses et rougit ou gonfle les parties du corps recouvertes de peau.

J'ai interrogé Félida sur un point que j'avais jusqu'à ce jour négligé : sur son sommeil. Elle dort comme tout le monde et au moment ordinaire. Seulement son sommeil est toujours tourmenté par des rêves ou des cauchemars ; de plus, il est influencé par des douleurs physiques : ainsi, elle rêve souvent d'abattoirs et d'égorgements, nous avons dit pourquoi. Souvent aussi elle se voit chargée de chaînes ou liée avec des cordes qui lui brisent les membres. Ce sont ses douleurs musculaires ordinaires qui se transforment ainsi.

Enfin, quelquefois la transition de l'état normal à la condition seconde se fait pendant le sommeil naturel, — je crois en avoir déjà parlé.

Félida dort donc comme tout le monde ; du reste, il en est de même de la plupart des somnambules. Pour peu qu'il soit complet, le somnambulisme est en général surajouté à la vie ordinaire. Félida n'échappe pas à l'usage.

Voilà, cher monsieur Alglave, les faits actuels les plus saillants. Si cela est possible, je continuerai mes observations, et si vous êtes assez bon pour les accueillir, je tiendrai votre journal au courant de cette étude.

Donc à l'an prochain, si Félida et moi sommes encore de ce monde.

Votre bien dévoué

Docteur Azam.

Professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les centres nerveux. Pathologie et physiologie pathologique, par le Dr V. Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, Lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° avec 3 planches et 2 figures. Paris. G. Masson, éditeur, 1876.

Dans ce volume, M. Magnan a réuni plusieurs travaux qu'il a publiés, à différentes époques, dans divers journaux de médecine ; imitant en cela les critiques littéraires et les philosophes qui recueillent, sous les titres d'essais ou de mélanges, les articles qu'ils ont insérés dans les journaux et les revues périodiques. L'idée est heureuse, et l'on ne saurait assez engager les savants à suivre cet exemple, à réunir en volume les mémoires, qui ont pour objet de fixer un point spécial de la science et qui avaient d'abord trouvé place dans les colonnes d'un journal.

M. Magnan, qui a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la lésion anatomique de la paralysie générale, a mis à profit le vaste champ d'observations qu'il doit à sa position de médecin de l'asile Sainte-Anne, pour continuer ses recherches sur cette importante question. On trouvera dans son livre quatre mémoires, qui forment comme un tableau des résultats obtenus par les micrographes sur ce sujet tant controversé. Des planches très-bien déssinées permettent de suivre avec fruit les descriptions de l'auteur.

L'étude des altérations visibles à l'œil nu doit être considérée aujourd'hui comme insuffisante pour caractériser la lésion anatomique de la paralysie générale. Les lésions des méninges acceptées par les uns, les adhérences entre la couche corticale et les méninges, ou bien le ramollissement seul de la couche corticale admis par les autres comme explication suffisante de la paralysie générale, ne se présentent pas, en effet, d'une façon constante et n'ont de valeur que par leur ensemble. Les recherches micrographiques, faites en France et à l'étranger, ont jeté un nouveau jour sur l'anatomie pathologique de cette maladie : les lésions intimes du cerveau, qui sont

constantes, indépendantes de toute action extérieure, consistent dans la prolifération nucléaire du tissu interstitiel dans la totalité de l'organe. La paralysie générale, d'après les travaux importants de Magnan, Tigges, Mesehede, Lubimoff, Mierzejewsky, etc. doit donc être considérée anatomiquement comme une encéphalite interstitielle diffuse généralisée. Cette lésion, comme l'ont démontré les travaux de Westphall, peut se propager du cerveau à la moelle, de même que celle-ci peut être le point de départ du processus morbide qui remonte vers l'encéphale. « Le tissu nerveux lui-même, suivant les paroles de M. Magnan, présente rarement des altérations secondaires bien notables dans le cerveau, excepté dans la couche corticale où l'on trouve quelquefois les cellules infiltrées de granulations, mais sans déformations. Cette lésion diffuse et étendue à tout le cerveau ne présente jamais, même dans le cas de paralysie générale à la troisième période, le dernier terme de son évolution, sa présenee à un degré un peu avancé n'étant pas sans doute compatible avec la vie; mais il n'en est pas de même dans la moelle où ces altérations peuvent, sans compromettre l'existenee, atteindre un degré avancé. » (Page 47). Telles sont, analysées à grands traits, les idées aujourd'hui généralement acceptées sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale et à l'exposition desquelles sont consacrés les deuxième, troisième et quatrième mémoires de la première partie du volume de M. Magnan. Quant au premier, il est plus spécialement consacré à la description d'une lésion accessoire, c'est-à-dire la *dégénérescence colloïde*, un des modes d'évolution ultime de la lésion habituelle de cette maladie. Cette lésion, dont la découverte est due à Rokitansky, a été décrite avec soin, en Allemagne, par le docteur Arndt. M. Magnan, en ayant trouvé un cas type dans son service de Sainte-Anne, en a profité pour étudier avec soin cette altération, qui se présente rarement à l'observation et qui ne diffère du processus morbide habituel que par le caractère suivant: les éléments de la névroglie et des parois vasculaires, qui se sont multipliés par suite du travail d'irritation, au lieu de se transformer en fibres conjonctives ou de subir la régression granulo-graisseuse, ce qui est le plus habituel, s'infiltrent de substance colloïde. Les noyaux d'abord, puis les cellules et enfin le tissu nerveux dans sa totalité se trouvent envahis par cet exubérant produit morbide.

Si dans l'étude de la question précédente, M. Magnan s'est montré histologiste habile, dans celle qui fait le sujet de trois mémoires de la seconde partie de son livre, il a fait preuve de qualités incontestables d'expérimentateur et de clinicien. Grâce à ses longues et patientes recherches, la science possède des vues plus justes et plus précises sur la physiologie pathologique de l'alcoolisme. Le premier de ces mémoires est le résumé des recherches de physiologie expérimentale sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, auxquelles l'Académie des sciences a accordé le prix Montyon en 1872. Ce travail peut servir d'introduction au volume que son auteur a publié ultérieurement sous le titre : *De l'alcoolisme ; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*. M. Ach. Foville, qui a rendu compte de ce livre dans les *Annales* (n° de mai 1874), a exposé les résultats que M. Magnan a obtenus par l'expérimentation sur les animaux, les distinctions qu'il y a établies entre l'ivresse alcoolique et l'ivresse absinthique, etc.

Ce mémoire est suivi, dans le volume que nous analysons, d'une leçon, publiée dans la *Revue scientifique*, et qui a pour objet l'exposé des troubles de l'intelligence et des sens dans l'acoolisme aigu et chronique. Cette leçon, professée à l'asile Sainte-Anne, passe en revue les perturbations intellectuelles et sensorielles qui peuvent s'observer dans les différents degrés de l'alcoolisme, depuis la simple ivresse jusqu'à l'alcoolisme chronique, depuis l'excitation légère qui accompagne le premier degré d'intoxication par l'alcool jusqu'à cette indifférence apathique, cette hébétude, qui caractérisent la démence.

Le troisième mémoire est consacré à l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique. M. Magnan a analysé avec soin ce symptôme, dont il s'applique ensuite à déterminer le siége anatomique, s'appuyant sur les travaux de Turek et plus tard de Charcot, Veyssière, Raymond, etc., il localise le syndrôme hémianesthésique dans la partie externe et supérieure de la couche optique, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la couronne rayonnante. « Mais, ajoute l'auteur, on doit le remarquer, dans tous les » cas, même quand la lésion siége dans le noyau lenticulaire » du corps strié, elle dépasse cette limite pour atteindre, dans » une certaine étendue, la couronne rayonnante, qui est en » réalité la région le plus souvent compromise. » Une obser-

vation, intéressante et prise avec beaucoup de détails, termine le mémoire. Que l'auteur me permette ici de lui exprimer le regret de ne trouver dans son travail aucune observation avec autopsie, qui pût corroborer les théories exposées dans le cours du mémoire.

La troisième partie du livre comprend deux mémoires sur la statistique des aliénés du département de la Seine pendant les années 1870 et 1871. Nous ne les analyserons pas, nos lecteurs les connaissent déjà, car ils ont été publiés dans les *Annales* de l'année 1872.

Les travaux divers contenus dans ce volume dénotent, comme on le voit, un esprit rompu aux recherches scientifiques, aimant peu les théories métaphysiques et pour lequel une hypothèse ne vaut pas un fait bien observé. Il faut louer M. Magnan de sa méthode qui, seule, peut arriver à élucider les points encore obscurs de la pathologie mentale.

Dr Ant. Ritti.

Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone, par le Dr Paul Moreau (de Tours). 1 broch. in-8°, Paris. P. Asselin, 1876.

Se fondant sur une trentaine d'observations recueillies dans le service de son père à la Salpêtrière, M. le Dr Paul Moreau (de Tours) nous donne une excellente monographie de ce que l'on pourrait appeler la *folie des cuisiniers*, c'est-à-dire de cet ensemble de symptômes dus à l'intoxication lente par l'oxyde de carbone. L'auteur décrit deux périodes successives de ce processus morbide. La première, qui est la période prodromique, peut être assez longue et est caractérisée, au point de vue psychique, par des troubles passagers, de courte durée, et surtout par des migraines, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, etc. Dans la seconde période, que l'on peut considérer comme la période d'état, le délire éclate et il est presque entièrement semblable au délire des persécutions, dont il diffère cependant par un état de vague et d'indécision. « Les idées de persécution que présentent ces malades, dit l'auteur, ne sont pas stables, ou pour parler autrement, les malades ne tiennent pas à leurs idées. Ils les abandonnent assez facilement et se rendent sans trop de discussion aux raisonnements qui leur sont faits pour leur démontrer la fausseté de leurs craintes imaginaires; mais

alors que leur attention n'est plus fixée, ils ne tardent pas à revenir à leurs tourments. » On constate en même temps des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût; mais les plus fréquentes sont celles de la vue. « Elles sont variables dans leurs manifestations : cependant ce sont d'ordinaire des sensations d'étincelles, de gerbes de feu, de points brillants, de jets de lumière, etc., d'autres fois ce sont des apparitions du genre mystique. » Quand, comme il arrive fréquemment, l'alcoolisme vient compliquer la maladie, les hallucinations propres à cette intoxication viennent s'ajouter aux hallucinations fondamentales, sans se mélanger aucunement. Dans ce cas, en effet, le malade voit bien des animaux, des chiens, des chats, des rats, des serpents, etc., mais ils s'agitent au milieu des flammes, entourés d'étincelles, de feu.

Le traitement de cette affection consiste dans la soustraction à l'action des gaz délétères, dans une hygiène bien entendue, dans l'emploi des toniques, du bromure de potassium, du bromhydrate de quinine (1), des bains tièdes prolongés, des affusions vertébrales, etc.

On voit par cette rapide analyse l'intérêt que présente ce mémoire. Il mérite d'être consulté par tous les praticiens, qui y trouveront sur la prophylaxie de ce genre de folie d'utiles indications. Quant aux médecins aliénistes, les uns, s'ils acceptent la classification étiologique de Morel, feront de cette maladie un type pathologique; mais les partisans des groupes sémiologiques trouveront dans le travail de M. Paul Morcau un chapitre intéressant de ce genre de lypémanie, appelé avec raison délire des persécutions.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques; par M. le Dr F. Raymond; vol. in-8° de 140 p. avec 3 pl. Prix : 3 fr. 50; Paris, chez A Delahaye, éditeur.

(1) Ce nouveau médicament, découvert par M. Boille, pharmacien distingué de Paris, et déjà employé avec succès par M. le professeur Gubler dans le traitement des différentes névroses, mériterait, à cause de sa composition, d'être expérimenté avec soin en psychiâtrie. La grande solubilité de ce corps en permet facilement l'usage sous forme d'injections hypodermiques.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie ; compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière de 1872 à 1875 ; par M. le Dr Bourneville ; vol. in-8° de 200 p. avec 3 pl. Prix : 4 fr.; Paris, chez A. Delahaye, éditeur.

— Etude médico-légale sur un cas de folie épileptique ; par M. le Dr E. Marandon de Montyel ; Montpellier, 1876 ; th. in-4°.

— The mind : an introductory lecture; par le Dr D. A. Morse; Cincinnati, 1875.

— Conseil général de l'Allier; section d'août 1876; rapport de M. le Dr Lagardelle; Moulins, 1876.

— Eighteenth annual report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland; Edinburgh, 1876; vol. in-8° de 250 p.

— Die luëtischen Psychosen in diagnostischer und prognostischer Beziehung; par M. le Dr Albrecht Erlenmeyer; Neuwied, 1876; br. in-8° de 100 p.

— Recherches sur les centres nerveux ; pathologie et physiologie pathologique; par M. le Dr Magnan; Paris, 1876; vol. in-8° de 220 p.

— De la folie puerpérale; par M. le Dr Reihel; Paris, 1876; br. in 8° de 56 p.

— Le département du Rhône ; commission d'études pour l'agrandissement de l'asile public de Bron et la création d'un pensionnat ; rapport par M. le Dr Dufour ; br. in-8° de 15 p.

— Le conseil général du Rhône et l'asile de Bron ; par M. le Dr Lacour; br. in-8° de 4 p.

THÈSES DE PARIS.

Année 1876 (suite).

232. De La Foulhouze. Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voûte du crâne chez les enfants.

235. Léo. Contribution à l'histoire de la maladie de Ménière et du vertige auriculaire simple.

262. Baequé. Considérations médico-psychologiques sur la puberté.

VARIÉTÉS.

NOMINATION ET PROMOTION

Arrêté du 31 *août* 1876. — M le Dr Reverchon, médecin en chef de la section des hommes de l'asile de Marseille, a été promu à la 4e classe de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du* 22 *septembre*. — M. le Dr Rousseau, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, a été promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.) pour prendre rang à partir du 1er juillet.

— *Arrêté du* 10 *septembre*. — M. le Dr Homery, médecin adjoint de l'asile d'Evreux, a été promu à la 2e classe de son grade (2,500 fr.) pour prendre rang à partir du 1er septembre.

— *Arrêté du* 10 *novembre*. — M. le Dr Cullerbe, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre, a été promu à la 2e classe de son grade, pour prendre rang à partir du 1er juillet.

— *Arrêté du* 10 *novembre*. — M. le Dr Max Simon, médecin adjoint de l'asile de Blois, a été promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.) pour prendre rang à partir du 1er janvier 1876.

NÉCROLOGIE.

Le Dr Bulkens vient de succomber — le 23 octobre 1876 — à l'âge de soixante-cinq ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie, entouré des marques de la plus profonde estime publique et des regrets du corps médical.

Bulkens était un esprit positif et sans vanité personnelle; il aurait pu être le médecin du grand monde, il a préféré rester le médecin du pauvre en dirigeant la colonie d'aliénés de Gheel, dont la direction lui fut confiée en 1856.

Dès cette époque il consacra toute sa carrière à l'amélioration du sort de ses infortunés pensionnaires et au perfectionnement du *système familial* de cette intéressante colonie.

Ses efforts furent bientôt couronnés de succès : il éleva la colonie de Gheel au rang d'un des premiers établissements d'aliénés.

Sa science, son talent et son caractère loyal et affectueux ne tardèrent pas à le signaler à l'attention des corps savants. Il aimait la solitude et s'y renfermait pour se livrer à ses études de prédilection. Ce fut avec peine qu'il s'en arracha pour venir apporter le fruit de ses études psychiâtriques à l'Académie

royale de médecine de Belgique qui se l'associa comme membre en 1863, à la Société de médecine mentale de Belgique, dont il était président et enfin au Congrès des sciences médicales dont il présida la section de psychiâtrie (4e session, Bruxelles 1875).

Bulkens avait eu le rare bonheur de voir ses travaux appréciés par la plupart des savants de l'Europe. Sa réputation était universelle. LL. MM. le Roi et la Reine des Belges lui firent l'honneur de le consulter plusieurs fois pour apporter quelque soulagement à une malheureuse princesse dont il est inutile de rappeler ici les souffrances.

Les travaux du Dr Bulkens sont nombreux. Voici ceux qui se rapportent à la psychiâtrie :

1° Rapports sur l'établissement des aliénés à Gheel ;

2° Civilisation et folie ;

3° Analyse du rapport de la commission d'inspection générale de la Hollande sur quelques asiles d'aliénés français ;

4° Description de la colonie d'aliénés de Gheel ;

5° Statistiques sur l'asile d'aliénés de Gheel.

(Extrait de l'*Art médical*.

— Nous avons le regret également d'avoir à annoncer la mort récente de MM. :

Le Dr John Webster, membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris, l'un des aliénistes les plus distingués de la Grande-Bretagne.

Nous avons de lui notamment les mémoires suivants ;

1° Observations on the admission of medical pupils to the wards of Bethlem hospital for the purpose of studying mental diseases ; London, 1842 ;

2° Statistics of Bethlem hospital with remarks on insanity. London, 1843 ;

3° General reports of the royal hospitals of Bridewell and Bethlem and of the House of occupations, 1843 et 1844 ; London ;

4° Notes of a recent visit to several provincial asylums for the insane in France ; London, 1850 ;

5° Remarks on Lunacy laws, as also asylums, of Scotland and France ; London, 1856 ;

6° Notes on Belgian Lunatic asylums, including the insane colony of Gheel ; London, 1857.

Webster a publié en outre dans les recueils périodiques un très-grand nombre d'articles estimés, notamment : *sur les causes et l'anatomie pathologique de l'aliénation mentale ; sur l'aliénation mentale déterminée par l'emploi du chloroforme ; sur la folie puerpérale*, etc.

Presque tous ces travaux ont été analysés dans les *Annales médico-psychologiques*.

— Le Dr Coindet (Jean-Charles), né à Genève en 1796, y est décédé au commencement de septembre dernier. Coindet, médecin aliéniste distingué dirigeait, depuis 1856, l'asile privé de la Métairie, près Genève, qu'il avait fondé.

— Le Dr Axenfeld, professeur à la Faculté de médecine de

Paris, qui a publié notamment un excellent traité intitulé : *Des névroses*; Paris, 1863.

CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES MALADIES MENTALES.

A la suite d'un rapport qui lui a été présenté par les Inspecteurs généraux du service des aliénés, MM. Constans, Lunier et Dumesnil, M. le Ministre de l'intérieur a décidé que les conférences cliniques sur les maladies mentales seraient reprises à Ste-Anne, à la Salpêtrière et à Bicêtre à partir du 1er décembre. Avis de cette décision vient d'être donnée à M. le Ministre de la justice, à M. le Préfet de la Seine et à M. le Préfet de police.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE, COURS CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

M. le Dr Bouteille, médecin-directeur de l'asile d'Armentières, a été désigné par M. le ministre de l'instruction publique comme chargé du cours sur les maladies mentales.

Par dépêche en date du 7 octobre 1876, M. le Ministre de l'intérieur a autorisé M. le Dr Bouteille a accepter les fonctions qu'on avait bien voulu lui confier.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE.

L'école d'anthropologie qui vient de publier le programme de ses cours, est d'une fondation toute récente. Elle est due à l'initiative de M. le professeur Broca, aux souscriptions d'un certain nombre de généreux donateurs et aux allocations votées par le conseil municipal.

L'école d'anthropologie a son siége à l'école pratique, dans de vastes locaux nouvellement aménagés au 2e étage du bâtiment occupé par le musée Dupuytren, à côté du laboratoire d'anthropologie. La Société d'antropologie, qui y tient actuellement ses séances, y a transporté ses riches collections et sa bibliothèque. Cet ensemble — Société, École et Laboratoire, — forme l'Institut anthropologique.

Les cours doivent être inaugurés le 15 novembre; en voici le programme :

Anthropologie anatomique. — M. Paul Broca commencera ce cours le samedi 15 novembre à 4 heures et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine : parallèle de l'homme et des animaux supérieurs ; anatomie comparée des races humaines; crâniologie.

Anthropologie biologique.— M. Paul Topinard : les mardis à 4 heures, à partir du 21 novembre : histoire de l'anthropologie; caractères physiques et physiologiques de l'homme vivant ; anthropométrie.

Ethnologie.— M. Eugène Dally : les vendredis, à 4 heures, à partir du 17 novembre ; classification et description des races humaines; leur répartition; leur filiation.

Anthropologie préhistorique.— M. Gabriel de Mortillet : les lundis, à 3 heures, à partir du 20 novembre.

Anthropologie linguistique. —M. Hovelacque : les samedis à 4 heures, à partir du 16 novembre.

Les cours sont publics.

LE SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE.

L'administration départementale de la Seine a entrepris depuis quelques années d'importants travaux d'agrandissement dans les asiles de Ville-Evrard, Sainte-Anne et Vaucluse. Ces travaux, dont quelques-uns sont terminés, notamment le pensionnat de Ville-Evrard et le quartier des idiots de Vaucluse, vont permettre de conserver un plus grand nombre d'aliénés dans les asiles de la Seine. Malheureusement, il reste encore beaucoup à faire sous ce rapport, ainsi qu'il résulte des chiffres suivants :

D'après le budget du département de la Seine, qui vient d'être distribué au Conseil général, le nombre des aliénés qui seront à la charge du département en 1877 sera de 7,174. Les asiles de Sainte-Anne et de Vaucluse en contiendront chacun 700, soit 1,400, dont 650 hommes et 750 femmes ; celui de Ville-Evrard en renfermera 640. (Ce dernier chiffre est indépendant de celui des pensionnaires qui sont à la charge de leurs familles.) On compte que Bicêtre recevra 540 aliénés et la Salpêtrière 662 aliénées Enfin les asiles de province en recevront 4,125.

En évaluant à 1 fr. 50 le prix de journée moyen pour chaque aliéné, on trouve que la dépense à supporter de ce chef par le budget du département s'élèvera à environ 4,017,774 francs.

LA COLONIE DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE VAUCLUSE.

Le Conseil général de la Seine a, dans sa session ordinaire de 1873, et sur la proposition du Préfet, a décidé l'institution d'une colonie pour le traitement et l'éducation des enfants idiots ou arriérés. Les travaux qui avaient pour objet cette création sont aujourd'hui terminés et la nouvelle institution a pu s'ouvrir le 1er juillet dernier.

L'état des locaux ne comprenant pas des aménagements spéciaux pour les épileptiques et les malpropres, dont la promiscuité avec les autres enfants aurait les plus graves inconvénients, le programme de la colonie a dû forcément les exclure.

L'instruction dont leur degré d'intelligence est susceptible, est donnée aux colons de Vaucluse par un instituteur aussi expérimenté que dévoué, qui avait exercé pendant trente-cinq ans les mêmes fonctions à l'hospice de Bicêtre. Un aumônier est chargé de l'éducation religieuse.

Des professeurs de gymnastique, de musique, etc., seront, en outre, attachés à l'institution, et des chefs d'atelier seront chargés de donner l'éducation professionnelle aux enfants chez lesquels on aura reconnu l'aptitude à un métier.

Il a été annexé à la colonie une ferme et une exploitation de 10 hectares, comprenant un spécimen de toutes les cultures

auxquelles les enfants aptes aux travaux agricoles seront exercés graduellement.

La direction médicale de la colonie est confiée à un médecin en chef, assisté d'un médecin adjoint et d'un interne en médecine.

La colonie, complétement distincte de l'asile, dont elle est séparée par la rivière de l'Orge, est placée dans d'excellentes conditions hygiéniques.

On s'y rend par le chemin de fer d'Orléans, station d'Epinay-sur-Orge, qui n'en est distante que d'un kilomètre à peine.

La population de la colonie se compose :

1° De pensionnaires du département ;

2° De pensionnaires au compte des familles.

La dépense des uns et des autres sera réglée d'après un tarif qui doit être soumis au Conseil général dans sa prochaine session.

On peut s'adresser pour tous les renseignements au directeur, médecin en chef de la colonie, à Epinay-sur-Orge, par Savigny-sur-Orge (Seine-et-Oise).

L'ALIÉNÉ LEPRÊTRE.

Cet homme, connu aujourd'hui sous le nom de fou *de Saint-Omer*, sur lequel l'autorité locale avait fait tirer des coups de feu pour le déloger d'une tour où il s'était réfugié, avait été conduit à l'hospice Sainte-Anne, à Paris. Depuis lors il a été transféré à l'asile de Lommelet, où sont admis les aliénés assistés du département du Pas-de-Calais. Quoique boitant, par suite de la fracture qu'il s'est faite à la cuisse en se précipitant du haut d'un deuxième étage, Leprêtre est sain de corps ; malheureusement il n'en est pas de même de son esprit. Son idée fixe le poursuit toujours, et il a de nouveau essayé de s'échapper de cette dernière maison de santé.

LA MALADIE DU SULTAN MOURAD.

Voici, d'après la *Gazette de Cologne*, la consultation des médecins sur l'état de santé du sultan Mourad :

Nous, docteurs en médecine, ayant pris connaissance des rapports des médecins Akif-Pacha Capoleoni et Mongeri, qui ont traité le malade, nous faisons la déclaration suivante :

Le malade Mourad-Khan est atteint depuis trois mois de lypémanie avec la monomanie de la persécution et des hallucinations effrayantes. Il se croit poursuivi par des chauves-souris et d'autres animaux impurs. Il a des accès fréquents de dipsomanie et de mutisme prolongé, qui alternent avec des mouvements saccadés et exigent la surveillance la plus rigoureuse. Il souffre d'insomnies continuelles ; la sensibilité est presque complétement éteinte, l'instinct de la pudeur se perd de jour en jour. Les pupilles conservent leur étendue ordinaire. Le regard est trouble ; l'expression des traits indique

une bienveillante indifférence et l'impossibilité de regarder fixement un objet.

Depuis quelques jours, le malade refuse les médicaments, le manger et le boire. Cette abstinence volontaire a produit une maigreur et une constipation graves. A cela viennent s'ajouter des crampes fiévreuses des muscles du visage, et, de temps en temps, des mouvements spasmodiques dans les membres. La faiblesse d'esprit s'accroît tous les jours.

Nous approuvons donc le diagnostic indiqué dans les différents rapports, sans être en état d'indiquer brièvement le cours que va prendre la maladie. Nous craignons que la lypémanie n'ait pris le caractère d'une folie paralytique progressive.

ABSENCE D'ACCIDENTS PENDANT PLUSIEURS MOIS CHEZ UN ALIÉNÉ QUI S'ÉTAIT INTRODUIT DES CORPS ÉTRANGERS DANS LE CERVEAU.

On trouve dans *The American journal of medical sciences* (avril 1876), l'histoire curieuse d'un aliéné qui, à plusieurs reprises, s'enfonça dans le cerveau des alènes et autres corps pointus, qui y séjournèrent un certain temps sans provoquer d'accidents mortels. — Ce malheureux se fit une première fois un trou dans le crâne avec une alène qu'il s'introduisit derrière l'oreille, puis, par cette ouverture, il fit pénétrer une tige de balai de bruyère. Comme son extrémité n'avait pas complétement disparu, le Dr Carpenter fit une incision au cuir chevelu, et, après trois tentatives infructueuses, parvint à l'extraire complétement à l'aide de pinces. Elle avait quatre pouces trois quarts de long et était du volume d'une sonde à urèthre n° 20. Elle était restée en place pendant trente-quatre heures. Le seul symptôme éprouvé par le malade était un violent mal de tête, qui cessa quelques minutes après l'extraction.

Quatre semaines plus tard, il réussit à s'emparer de nouveau de l'alène d'un ouvrier, qui travaillait dans la cour de l'hôpital; il l'enfonça à peu près au même endroit jusqu'au manche. Puis il se la laissa paisiblement extraire. On l'enferma dès lors dans une cellule. Mais dans celle-ci était un balai dont se servaient les malades pour la nettoyer; il en arracha une tige et pendant la nuit il l'introduisit dans l'ouverture de l'alène et l'enfonça le plus profondément possible. Le matin, on le trouva sans connaissance sur son lit, il était paralysé du bras et de la jambe gauches. Cette tige avait traversé les deux hémisphères. Car, trois fois il essaya, devant les personnes présentes, de la faire pénétrer plus profondément encore, mais elle était arrêtée par la paroi opposée du crâne. Peu à peu la paralysie du bras, puis celle de la jambe guérirent et quelque temps après il put marcher avec facilité. Il eut cependant plusieurs attaques épileptiques dans les semaines qui suivirent.

Au bout de plusieurs mois, il parvint à convaincre ses gardiens et ses médecins qu'il n'avait plus le désir d'attenter à ses jours, et peu à peu, on le laissa sortir de l'hôpital et travailler à l'extérieur. Il en profita pour acheter de la morphine à un droguiste, et il s'empoisonna.

A l'autopsie, on trouva à la partie moyenne de la substance blanche de l'hémisphère droit une tige de balai (grosseur d'une sonde n° 20) longue de 2 pouces, et une longue aiguille à tapisser dont le chas était encore pourvu d'un long fragment de fil noir. Autour de ces corps étrangers la substance cérébrale était dilacérée et un peu ramollie Au niveau de l'ouverture d'entrée, les membranes étaient épaissies et adhéraient à l'extrémité de l'aiguille et de la tige de balai. Enfin une autre tige d'une longueur de 2 pouces 3/8 avait été introduite à travers le crâne à droite de la suture sagittale, immédiatement en arrière de la suture coronale, très-près du point où les deux sutures se rencontrent à angle droit ; elle avait passé à côté du sinus longitudinal sans l'atteindre, avait traversé la voûte du corps calleux et la substance blanche à la partie interne de l'hémisphère : *tout le corps strié était intact*. A côté et au-dessous de cette tige se voyait un clou sans tête.

(*Le Progrès médical du 29 juillet 1876*).

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Professeur Charcot commencera son cours sur les *maladies du système nerveux*, le dimanche 12 novembre, à 8 heure et 1/2.

— *Maladies mentales*. — M. le Dr Jules Falret, médecin de Bicêtre, commencera un cours publie sur les maladies mentales, à l'école pratique de la faculté de médecine de Paris, le mardi 14 novembre, à 4 heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— *Cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses*. M. le Dr Ball, agrégé de la Faculté, commencera ce cours le samedi, 25 novembre, à 8 heures du soir dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVe VOLUME DE LA CINQUIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Psychologie.

PAGES.

Amnésie périodique ou dédoublement de la vie; par M. le docteur Azam. 5

Du rôle de la psychologie dans la question de la folie; par M. le docteur P. Despine. 161

II. Pathologie.

Des combustions volontaires chez les aliénés; par M. le docteur Hospital. 36

De la dysphasie dans la paralysie générale progressive; par M. Gallopain. 46 et 176

Cas d'hystérie aiguë chez l'homme; par M. le docteur P. Despine. 321

De la paralysie générale comme cause prédisposante de fracture; par M. Briaute. 350

De l'imagination dans la folie; étude sur les dessins, plans, descriptions et costumes des aliénés; par M. le docteur P. Max Simon. 358

Note sur l'influence de la lumière colorée dans le traitement de la folie; par M. le docteur Taguet. 391

III. Médecine légale.

Rapport médico-légal; tentative d'incendie volontaire; suicide et folie simulés; divergence d'opinion entre les experts; par M. le docteur Sizaret. 96

Rapport médico-légal sur l'état mental de nommé R..., inculpé de meurtre; lypémanie; délire des persécutions, hallucinations; ordonnance de non-lieu; par M. le docteur Combes. 394

IV. Législation.

Questions relatives aux articles 14, 20, 29, 30 et 41 de la loi de 1838; par M. le docteur Henry Bonnet. 206

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

Séance du 24 avril 1876. — Correspondance : M. Petit. — Prix Esquirol; rapport de M. Bouchereau. — Eloge d'Aubanel, par

PAGES.

M. Motet : M. Loiseau. — Signes physiques de la folie raisonnante : MM. Berthier, Delasiauve, Falret. 84

Séance du 29 mai 1876. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ritti, Sisteray, Azam, Lunier, Steinberg, Bourdin, Magnan, Dunant. — Incident : MM. Motet, Fournet, Lunier. — Election de M. Ritti comme second secrétaire. — Rapport de M. Motet sur les travaux de M. Mongeri. — Des signes physiques dans la folie raisonnante : MM. Billod, Falret, Lunier. 114

Séance du 26 juin 1876. — A l'occasion du procès-verbal : MM. Fournet et Lunier. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Motet, Dagonet, Morselli. — Question du local de la Société : MM. Lunier, Motet, Baillarger, Dally, Bourdin. — Des signes physiques de la folie raisonnante : MM. Falret, Baillarger, Delasiauve, Lunier, Fournet, Dumesnil. 229

Séance du 31 juillet 1876. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Semal, Motet, Dagonet, Tamburini, Falret. — De la peur des espaces ou agoraphobie : MM. Legrand du Saulle, Falret, Fournet, Delasiauve, Dagonet, Delasiauve. 404

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1870-1874).

Analyse par MM. Doutrebente et Lunier.

Syncope et folie émotive des nouvelles accouchées 243
Chorée guérie par l'opium à haute dose. 244
Recherches cliniques sur le chloral. 245
Delirium tremens guéri par le chloral. 245
Examen de l'état mental d'un incendiaire. 245
Rapport sur l'asile de Toulouse. 246
Bromure de potassium dans l'épilepsie. 246 et 247
Ivresse, alcoolisme et absinthisme. 247
Sur le rhumatisme cérébral. 247
Sur un cas de chorée du diaphragme. 247
Troubles de la circulation dans l'hémiplégie. 250
Cas de néphrite alcoolique avec délire. 250
Tumeur tuberculeuse du cervelet. 250
Apoplexie cérébelleuse. 251
Tumeur cérébrale avec polyurie. 251
Convulsions épileptiformes produites par la foudre. 251
Cas de maladie du sommeil. 251
Hémiplégie de cause syphilitique. 251
Convulsions par alcoolisme chez un nouveau-né. 251
Traitement de l'ataxie locomotrice. 251
Du chloral dans les convulsions. 252
Paralysie générale de cause saturnine. 252
Folie rhumatismale. 252
Chorée avec troubles mentaux ; guérison. 252

PAGES.

Inflammation aiguë de la substance grise de la moelle. 253
De la manie des nouvelles accouchées. 253
Du chloral dans le tétanos traumatique. 254
Automatisme de la mémoire dans le somnambulisme. 254
Hémiplégie hystérique et hydrothérapie. 254
Myélite d'origine syphilitique. 254
Diagnostic différentiel de la mélancolie. 254
Plaie du cerveau avec perte de substance. 255
Physiologie de l'hérédité. 255
Cyano-bromure de potassium dans les névroses. 255
De la migraine. 258
De l'épilepsie larvée. 258
Accidents épileptiformes de nature syphilitique. 258
Cas curieux de délire à deux. 258
Hystérie chez une femme privée d'utérus. 259
Difficultés de diagnostic dans la paralysie générale. 259
De la folie héréditaire. 259
Alcoolisme comme cause de paralysie générale. 260
Du tremblement émotif. 260
Tétanos traumatique aigu. 260
De l'électrisation comme moyen de diagnostic. 260
Tumeur de la base du crâne et paralysies diverses 261
Des tumeurs cérébrales. 261
De l'anurie hystérique. 263
Deux cas de chorée suivis de mort. 263
Monomanie de jalousie ; dissimulation. 263
Folie ramenée à ses éléments primitifs par une maladie récente. . 263
Hystérie chez un adulte. 263
Du chloroforme dans l'éclampsie des enfants. 263
Dispositions législatives à prendre contre les aliénés dangereux. 263
La motion de la personnalité. 264
De la compression lente de la moelle. 434
Études sur quelques points de l'urémie 436
De l'hémianesthésie liée à une lésion d'un hémisphère. 437
Caractères différentiels entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie. . . . 438
Paralysie spinale de l'adulte. 438
De la sclérose latérale amyotrophique. 438
Du sulfate de cuivre ammoniacal dans l'épilepsie. 438
Tumeur du cervelet; rapports des maladies du nerf optique avec les maladies cérébrales. 438
Des amyotrophies spinales chroniques. 439
Lésions médullo-bulbaires dans deux cas de paralysie générale . . 441
Du monobromure de camphre dans l'épilepsie. 442
Lésions tuberculeuses de la moelle. 443
Carcinome de la dure-mère comprimant le ganglion de Gasser. . 444
Des anomalies de l'ataxie locomotrice. 443
Distribution des artères nourricières du cerveau. 444

PAGES.
De la compression lente de la moelle épinière. 444
Observation d'amaurose hystérique. 446
Des vomissements hystériques. 446
Leçons sur la paralysie générale. 446
Structure de la substance grise du cerveau. 446
Anatomie pathologique de la substance corticale. 447
De la paralysie infantile. 447
Description de la substance blanche corticale. 447
De la couche optique; du corps strié 447
Anatomie pathologique de la paralysie générale. 447
La notion de la personnalité; lettre de M. Janet. 448
Suite de l'histoire de Félida. 450

JOURNAUX ANGLAIS.

(Années 1872-1873).

Analyse par M. le docteur Dumesnil.

Causes de la folie et moyens d'en arrêter le développement. . . 123
Classification et pronostic de l'idiotie. 129
Proposition d'abolir l'isolement en cellule. 133
Troubles intellectuels dans l'atrophie musculaire progressive. . . 137
A propos de psychologie médicale. 138
Procès pour meurtre. 144
Législation sur les ivrognes. 144
Sentiments religieux chez les épileptiques. 271
Législation sur les aliénés dans la Nouvelle-Zélande. 274
Tumeur du cerveau chez les aliénés et les non-aliénés. . . . 277 et 293
Vols commis par des paralytiques au début 277
Le bain en pluie dans la folie. 278
Sur l'administration des asiles. 279
Alcaloïde de la ciguë dans la folie. 280
De la menstruation chez les aliénées. 280
Valeur des preuves légales de la folie. 282
Cas curieux d'aphasie. 282
Cas d'hystérie avec paralysie circulaire. 282
Distribution de la folie et de ses variétés dans l'Angleterre et le pays de Galles. 282
Conséquences pathologiques de l'épilepsie. 284
Uniformité des rapports dans les asiles. 294
Du courant galvanique dans la folie. 295
Les asiles de Paris en 1872. 297
Ramollissement des os chez les aliénés 297
Causes de la paralysie générale. 297

JOURNAUX ALLEMANDS (1874).

Analyse par M. le docteur Chatelain.

Des asiles de ville. 298
De l'épidémie d'Azannon. 299

PAGES.
Des asiles ouverts. 300
Frais de construction des asiles. 302
Les psychoses alcooliques 303
Du délire des persécutions. 305
De la démence sénile. 306
Lésions anatomiques dans la chorée. 307
De la folie morale. 308
De la simulation. 309
Du suicide dans les asiles. 310

III. Bibliographie.

Nouveau traité des maladies mentales, par M. le Dr H. Dagonet (anal. par M. Christian.). 146
Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale; par MM. les Drs Henri Bonnet et Poincaré (anal. par M. Ritti). 152
Leçons cliniques sur les maladies mentales; par M. le Dr Voisin (anal. par M. Motet). 312
Etude sur la mélancolie. Des troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques; par M. le Dr J. Christian (anal. par M. Ritti). 315
Recherches sur les centres nerveux; pathologie et physiologie pathologique; par M. le docteur Magnan (anal. par M. Ritti). . 463
Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxide de carbone; par M. le docteur Paul Moreau (anal. par M. Ritti). 466

Bulletins bibliographiques. 153, 318 et 467

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Sizaret, Malevergue, Donnet, Langlois, Espiau de Lamaëstre, Mordret, Pontier Bigot. — Nécrologie : M. Planque. — Circulaire relative aux condamnés aliénés. — Responsabilité de celui qui reçoit d'un idiot un objet de valeur. — Les préfets ont seuls qualité pour répartir les sommes votées par les conseils généraux pour secours. — La dépense des aliénés est obligatoire pour les communes. — Suicides en Angleterre. — Faits divers. — Les aliénés en liberté. . 155
Prix de l'Académie de médecine. — De l'enseignement clinique des maladies mentales à Paris. 320
Nominations et promotions : MM. Reverchon, Rousseau, Homéry, Cullerre, Max Simon. — Nécrologie : Bulkens, Webster, Coindet, Axenfeld. — Rétablissement des conférences cliniques; cours de psychiâtrie à la faculté de Lille. — Ecole d'anthropologie. — Service des aliénés de la Seine. — La colonie d'enfants idiots de Vaucluse. — Maladie de Mourad. — Faits divers. 469

Paris.— Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9